

Szimba tanuló balesetbiztosítás feltételei (TANF24)

Hatályos: 2024. szeptember 1-jétől

Nysz.: 24150



GENERALI

Tartalomjegyzék

Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)	3	A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (BROK24)	10
I. A biztosítási szerződés tartalma	3	A közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (KROK24)	12
II. Általános rendelkezések	3	Csonttörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (CSON24)	14
III. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	5	A baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BMŰT24)	15
IV. A biztosítási díj	5	A baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BKNT24)	17
V. Biztosítási események, biztosítási szolgáltatások és a biztosító teljesítésének feltételei	6	A kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (TKNT24)	18
VI. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	7	Az égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (ÉGÉS24)	20
VII. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események	7	A baleseti költségtérítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BKTS24)	21
VIII. Egyéb rendelkezések	8	A baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (BHAL24)	22
IX. Fogalomtár	8	Speciális balesetekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (SPECBAL24)	23
X. A Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályok	9	Fertőző betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (FERTŐZŐ24)	25
		Speciális műtétekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (SPECMŰT24)	26

Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)

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 és az adott különös feltételekre hivatkozással kötötték.

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

Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben (a továbbiakban együtt: feltételek) nem szabályozott kérdésekben a Biztosítási szerződés részét képező „A Generali Biztosító Zrt. Ügyféltájékoztatója és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” (továbbiakban: Ügyféltájékoztató) elnevezésű dokumentum, 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 „Ügyféltájékoztató 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 biztosítási díj megfizetése ellenében a jelen általános feltételekben és a különös feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően biztosítási szolgáltatás megfizetésére 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** a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító, székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44., cégjegyzékszám: 01-10-041305), az a jogi személy, amely biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a különös feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

II.1.2. Szerződő

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

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 a szerződőnek lehetősége van arra is, hogy a szerződés létrejöttét követően kezdeményezze a szerződés hatályának további biztosítottakra történő kiterjesztését.

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

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

- a II.1.2 a) pontban meghatározott oktatási intézménnyel, vagy a II.1.2 b) pontban meghatározott fenntartó szerződővel – nappali tagozatos – tanuló/hallgatói jogviszonyban áll, vagy
- az oktatási intézmény (pl. óvoda, bölcsőde vagy családi napközi) nevelésébe/gondozásába felvett gyermek, vagy
- amennyiben a szerződő társadalmi szervezet, úgy a szerződővel a 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 biztosított jogviszony létrejötte

II.2.1. A **szerződés** a szerződő és a biztosító megállapodása alapján jön létre. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő kezdeményezi ajánlattal, az ajánlathoz csatolt biztosított névjegyzékkel.

A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig van kötve.

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

- II.2.3. Ha a szerződő az ajánlattól vagy szerződésmódosítás esetén a módosító javaslatlól 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 a szerződő az eltérést elutasítja (kifogásolja), a szerződés/módosítás nem jön létre. **A lényeges eltérésre a biztosító a kötvény átadásakor a szerződő figyelmét írásban felhívja.** Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat, illetve módosító javaslat tartalmának megfelelően jön létre.
- II.2.4. **A biztosított 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 biztosított névjegyzékbe, illetve a pótlistába való felvételével és a névjegyzék/pótlista biztosító részére történő átadásával, továbbá a biztosítási díj biztosító részére történő beérkezésével jön létre. A biztosított jogviszony tartama alatt a Szimba-kalauz Válaszkártyán megjelölt szolgáltatási csomag nem módosítható.**

II.3. A kockázatviselés kezdete és megszűnése

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

- Ha a szerződő által aláírt ajánlat és annak elválaszthatatlan részét képező biztosított 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 biztosított névjegyzéken szereplő biztosítottak után járó biztosítási díj a névjegyzékkel és az ajánlattal egyidejűleg beérkezik a biztosítóhoz, úgy a biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosított névjegyzéken szereplő biztosítottak vonatkozásában a tárgyév szeptember 01. napja, és a biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- Amennyiben a tárgyév szeptember 01. napja előtt a szerződő intézmény már rendelkezik érvényes Szimba biztosítási szerződéssel és a tárgyév szeptember 01. 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 01. napja, és a biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- Amennyiben a tárgyév szeptember 01. 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.
- 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

- Ha a szerződő által az aláírt ajánlat és annak elválaszthatatlan részét képező biztosított névjegyzék alapján tárgyév szeptember 01. napja és október 31. napja között érvényesen létrejön a biztosítási szerződés és ezen időtartam alatt a biztosított névjegyzéken szereplő biztosítottak után járó biztosítási díj a névjegyzékkel és az ajánlattal egyidejűleg beérkezik a biztosító részére, úgy a biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosított névjegyzéken szereplő biztosítottak vonatkozásában a tárgyév szeptember 01. napja, és a biztosító kockázatviselése a tárgyévet követő naptári év augusztus 31. napjáig tart.
- Amennyiben szerződésmódosítással tárgyév szeptember 01. 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.
- 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

- Ha a szerződő által az aláírt ajánlat és annak elválaszthatatlan részét képező biztosított névjegyzék alapján tárgyév október 31. napját követően, de tárgyév december 31. napját megelőzően érvényesen létrejön a biztosítási szerződés és a biztosított 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.
- 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.
- 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 01. napja és augusztus 31. napja között létrejött szerződések esetén

- Ha a szerződő által az aláírt ajánlat és annak elválaszthatatlan részét képező biztosított névjegyzék alapján tárgyév január 01. napja és augusztus 31. napja között érvényesen létrejön a biztosítási szerződés és a biztosított 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.
- Amennyiben a tárgyév január 01. 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 egyidejűleg valamennyi biztosítotti jogviszony is megszűnik.
- II.5.2. Az adott biztosított biztosítotti jogviszonya megszűnik a biztosított halála esetén is.
- II.5.3. Az adott biztosított biztosítotti jogviszonyát a biztosított és a szerződő közötti jogviszony megszűnése nem szünteti meg.
- II.5.4. Az adott biztosított biztosítotti jogviszonya a biztosítási szerződés határozott tartama alatt – a II.5.2. pontban írt megszűnési ok kivételével – nem szüntethető meg.

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. A szerződő köteles tájékoztatni a biztosítottakat a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony létrejöttéről, tartalmáról és az abban bekövetkező esetleges változásokról, valamint a szerződés (biztosítotti jogviszony) megszűnéséről.
- III.2. A szerződő 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 a szerződő helyébe nem léphet.**
- III.4. A szerződő és a biztosított kötelesek a közlési- és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt 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.
- III.5. A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a biztosítotti jogviszony létrejöttékor, és a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító által feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő és a biztosított közlési kötelezettségüknek eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- III.6. A szerződő és a biztosított kötelesek a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a biztosítási szerződésben, illetve a biztosítotti nyilatkozaton közölt, illetve a biztosítási szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.

Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő vagy a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen a szerződő és a biztosított neve, címe, levelezési címe, elektronikus kommunikáció választása esetén az email címe.

A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítóknak bejelenteni.
- III.7. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő vagy a biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a biztosítotti jogviszony létesítésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- III.8. Ha a biztosító a biztosítási szerződés megkötése, illetve a biztosítotti jogviszony létesítése után szerez tudomást a biztosítási szerződést, vagy valamely biztosítotti jogviszonyt érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, akkor az adott biztosított(ak) vonatkozásában kockázatelbírálást végezhet, és ennek eredményeként a tudomás-szerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés (biztosítotti jogviszony) módosítására, vagy a biztosítási szerződést – annak az adott biztosítottat érintő részét – 30 npra írásban felmondhatja.
- III.9. Jelentős kockázatnövekedésnek minősül különösen, ha a biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a biztosítási szerződésre vonatkozóan kizárást vagy elutasítást alkalmazna. Ha a biztosító e jogával nem él, a biztosítási szerződés (az adott biztosított biztosítotti jogviszonya) az eredeti tartalommal marad hatályban.
- III.10. Ha a szerződő/biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés (az adott biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, feltéve, hogy a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő/biztosított figyelmét felhívta.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

- IV.1. A biztosítási díj a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke. A szerződő jogosult az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díj részét – a Szimba Válaszkártyán adott hozzájárulása alapján – a biztosítottra, illetve a nem cselekvőképes biztosított esetén annak törvényes képviselőjére áthárítani.
- 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. 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 visszafizeti.

- IV.4. A díjat a biztosított névjegyzéken szereplő biztosítottak után az ajánlattétellel egyidejűleg, a már meglévő szerződésbe belépő, pótlistán neveztetett biztosítottakra vonatkozó díjat pedig a szerződés módosításakor, egyösszegben kell a biztosító részére megfizetni.
- IV.5. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amely napon a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.
- IV.6. **A biztosító képviselője – így a biztosító ügynöke is – a szerződőtől a biztosítási díj átvételét a biztosító sorszámmal ellátott nyugtájával igazolja.**

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 biztosító a különös feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosított névjegyzékben, továbbá a pótlistán szereplő, az adott biztosítottra vonatkozó választott biztosítási csomagnak megfelelő biztosítási szolgáltatást nyújtja a kedvezményezett részére.
- V.2.2. A biztosító kizárólag a biztosítási szerződés alapján a feltételekben megjelölt, szükséges és indokolt költségeket téríti meg.
- V.2.3. A biztosító a szolgáltatási összeget átutalással teljesíti. Amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy (kedvezményezett) a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban felmerülő költségeket a szolgáltatásra jogosult személyre áthárítja, és a költségek összegének mértékével a szolgáltatási összeg csökken.

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 kell bejelenteni a biztosítónál azzal, hogy ez a határidő nem jogvesztő.
- 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 biztosítóhoz bejelentett szolgáltatási igény, az annak elbírálásához nélkülözhetetlen utolsó okirat kézhezvételét követő 15. napon esedékes, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek; nélkülözhetetlenek azok az okiratok, amelyek a biztosítási szolgáltatási kötelezettség fennállását és annak összegét alátámasztják. A biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és döntéséről az ügyfelet tájékoztatni.
- 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 biztosító teljesítéséhez (kifizetéshez) szükséges dokumentumok

A biztosító az irányadó különös feltételekben meghatározott dokumentumok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához szükség esetén **csak azokat a dokumentumokat kérheti be a felsorolt listából**, amelyek a bejelentett szolgáltatási igény jogalapjának és összecszerűségének megállapításához szükségesek és indokoltak.

- V.3.3.1. A biztosított, vagy a kedvezményezett jogosult a szolgáltatási igényét egyéb okmányokkal, dokumentumokkal is igazolni a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Így például jogosult arra is, hogy a büntetőeljárásban és a szabálysértési eljárásban hozott jogerős határozatot is benyújtsa a biztosítónak.
- 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, 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 karton 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.
- 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 az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását.
- V.3.3.10. A biztosító bekérheti a Szerződő 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 – a szolgáltatási igény biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján – egyéb iratokat is beszerezhet, melyről a biztosítottat, illetve a szolgáltatási igény érvényesítőjét tájékoztatja.

VI. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

- VI.1. Ha a szerződő vagy a biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő vagy biztosított bizonyítja, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:**
- a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
 - a szerződő és/vagy a biztosított változásbejelentési kötelezettségüket megsértették, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás fennállása alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen általános feltételek III.5. pontjában szabályozott szerződésmódosítási, illetve szerződésmegszüntetési lehetőségével, vagy
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Ha a szerződés több biztosítottra vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyekkel 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 örököseit illeti meg és a kedvezményezett abból nem részesül.**
- VI.3. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosító bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással:**
- a szerződő fél vagy a biztosított; vagy
 - a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk okozta.

A biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie (kárenyhítési kötelezettség). Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. A biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ha a biztosított a kármegelőzési, illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

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, határviillonások, 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 egészben vagy részben 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, megszakitás nélkül 24 hónapon keresztül rendelkezett Szimba tanuló balesetbiztosítással (folyamatoság alatt az értendő, hogy a biztosítottra a biztosított jogviszonya kezdetétől 24 hónapon keresztül megszakitás nélkül valamennyi naptári napon kiterjedt a biztosító kockázatviselése), és a gyógykezelést igénylő betegséget, kóros állapotot első ízben ezen időszak alatt kórisméztek.
 - a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodására.
- Jelen bekezdés vonatkozásában a veleszületett rendellenességek, illetve szerzett fogyatéknak minősül a testi/vagy a szellemi épség bármely fokú hiánya.
- VII.3. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az 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, hydro-speed, 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.

- b) a biztosított olyan versenyben vagy versenyre való felkészülésben vesz részt, amely motoros meghajtású szárazföldi, vízi- vagy légi jármű használatával jár.
- c) 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:

- a) 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,
- b) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen gyógyterápiák, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkéúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
- c) 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.

VII.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha

- a) az esemény a biztosított 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 biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt. Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5%-ot meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8%-ot meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció,
- c) a biztosított érvényes vezetői engedély vagy érvényes forgalmi engedély nélkül vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- d) a biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.

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 ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél kelteztől számított 30. naptól,
- d) egyéb esetekben a követelés esedékessé válásának napján.

VIII.2. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igényrel 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 akaratától 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) gyermekbénulás és kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- b) a veszettség, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- c) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

IX.2.3. Jelen általános feltételek szerint – a IX.2.2. pontban foglaltaktól eltekintve – **nem minősül balesetnek:**

- a) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/ juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek,
- b) a 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 (habitális) ficam,
- e) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- f) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- g) az izületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép 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 gyalogként, 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 megállásával 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 kultakáros és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.

IX.3.4. A biztosító a műtéteket műtéti csoportokba sorolja be (továbbiakban: műtéti csoportba sorolás). A műtéti csoportok műtéti térítési kategóriák szerinti kategorizálása (továbbiakban: Műtéti lista) jelen feltételek „A” mellékletében találhatóak. A biztosító valamennyi, WHO által kódokkal ellátott műtetet a műtéti térítés szempontjából értékelte azzal, hogy a Műtéti listában szereplő csoportok egyikébe sem tartozó műtéti beavatkozások az 5-ös, „nem térített” műtéti térítési kategóriába tartoznak (pl. diagnosztikus célú vizsgálatok, beavatkozások, beleértve a szövettani mintavételeket, citológákat, injekciós-infúziós kezelések, fizioterápiák, kemoterápiák).

IX.4. Közeli hozzátartozó

Jelen általános feltételek alkalmazásában **közeli hozzátartozó** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott-, a mostoha és nevelt gyermek, az örökbefogadott-, 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. A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A SZOKÁSOS SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ SZABÁLYOK

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a Szimba tanuló balesetbiztosítás általános szerződési feltételeinek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a szokásos szerződési gyakorlattól 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.2.3. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:443. § (2) bekezdésétől – az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérésre a szerződőnek **késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül** van lehetősége kifogását előterjeszteni.
- X.1.3. Jelen feltételek III.2. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:475. §-tól – a biztosítási szerződés módosításához a biztosított hozzájárulására nincs szükség.
- X.1.4. Jelen feltételek IV.1. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:439. § (1) bekezdésétől – a biztosítási díj megfizetésére a szerződő köteles. A szerződő jogosult az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díj részét – a Szimba Válaszkártyán adott hozzájárulása alapján – a biztosítottra, illetve a nem cselekvőképes biztosított esetén annak törvényes képviselőjére áthárítani.
- X.1.5. 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.**

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (BROK24)

Jelen **baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- 1.1. Biztosítási esemény a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, amelynek következtében a biztosított maradandó egészségkárosodást szenved.
- 1.2. Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
- 1.3. 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.
- 1.4. 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.
- 1.5. **A fogtörés semmilyen okból sem minősül baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásnak.**
- 1.6. 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 kockázat vonatkozásában a Szimba Kalauzon rögzített 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 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%
• 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 bekövetkezése 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 bekövetkezése előtt elvesztette	45%
• a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
• az ízlelőképesség 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 az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen kockázat vonatkozásában a Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összegnél.
- II.6. Amennyiben a baleset előtt már 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 biztosítottnak joga van biztosítási eseményenként 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 keletkezett 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 szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell bejelenteni a biztosítónál.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összesszerűségének megállapításához szükséges:
- 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 baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.4. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő, ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.

A közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei (KROK24)

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 (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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 orvosiilag véglegesen kialakultnak, 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 fogtörés semmilyen okból sem minősül baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásnak.**
- I.6. 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 dokumentum 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 kockázat vonatkozásában a hatályos Szimba Kalauzon rögzített 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 vállízületől 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%
• egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
• bármely más kézüjj 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 bekövetkezése 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 bekövetkezése 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 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 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 az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen kockázat vonatkozásában a Szimba Kalauzon rögzített 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. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell bejelenteni a biztosítónál.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összecszerúségének megállapításához szükséges:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) az első orvosi ellátás dokumentumainak fénymásolata,
 - c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentésig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolata,
 - d) a közlekedési baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - e) a közlekedési baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - f) rendőrségi jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - g) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosított a közlekedési balesetben jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.4. 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.

Csonttörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (CSON24)

Jelen csonttörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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, maradandó fog törést szenved.
- I.2. Jelen feltétel szempontjából maradandó fogtörésnek minősül, ha az egyébként ép, egészséges, ép zománcú fog baleset következtében fog-röntgennel igazoltan teljes felületén kettétörik, és a fogíny feletti fogrésznek legalább felét érinti.

Nem minősül biztosítási eseménynek a maradandó fog valamely élének vagy kisebb részének törése, továbbá az a fogtörés, mely nem baleset miatt következett be.
- 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 kifizetesként az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.
- 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 igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell bejelenteni a biztosítónál.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összecszerúségének megállapításához szükséges:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) az első orvosi ellátás dokumentumainak fénymásolata,
 - c) a csonttörést, ill. csontrepedést igazoló röntgenlelet vagy orvosi dokumentum fénymásolata, fogtörés esetén a fogtörést igazoló röntgenfelvétel és lelet,
 - 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) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.4. 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.

A baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BMÜT24)

Jelen **műtéti térítésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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 kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összegnek az elvégzett műtét besorolása szerinti százalékos mértéke.
- II.3. A műtétek csoportba sorolását a Műtéti lista tartalmazza, mely az általános feltételek A mellékletében található. A Műtéti lista a műtéti csoportok térítési kategóriák szerinti besorolása. A Műtéti lista tartalmazza a térítés százalékos mértékét is.
- II.4. A műtéti csoportok műtéti térítési kategóriák szerinti kategorizálása (továbbiakban: Műtéti lista) jelen Általános feltételek „A” mellékletében találhatóak. Amennyiben egyetlen műtéti beavatkozás során több sebészeti eljárás szükséges, a térítés mértékét a beavatkozás során elvégzett, legmagasabb térítési kategóriába sorolt eljárás határozza meg.
- II.5. 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 a biztosítónak bejelenteni.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összszerszerűségének megállapításához szükséges:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - c) a kórházi zárójelentés,
 - d) a műtéti leírás,
 - 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) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - i) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.4. 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.
- 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.

„A” melléklet

Műteti csoportok műteti térítési kategóriák szerinti besorolása Szimba tanuló balesetbiztosításhoz (TANF24)

Műteti lista térítési kategóriánként, és a biztosítási összeg térítésének százalékos mértéke:

az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-a

- agyállományt/gerincvelő állományt érintő nyitott műtétek
- nyitott szívsebészeti műtétek
- szervátültetés

az 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-a

- fej-nyaki sebészet (nem beleértve bőr, nyálkahártya és ezek alatti elváltozásokat) kivéve pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, tracheostomia
- nyitott mellkasi (pl. tüdő, mediastinum, nyelőcső, nyirokcsomó) műtétek, kivéve szívsebészet
- szív koszorúér műtétek
- mellkasi, hasi aorta és vena cava nyílt műtétei

az 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-a

- pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy műtétek
- arc- és agykoponya csontjainak, valamint belső fül műtétei
- endoszkópos (pl. thoracoscopos, mediastinoscopos, VATS) mellkasi műtétek
- transzvasalis szívsebészeti, mellkasi, hasi aorta és vena cava műtétek
- aortából és vena cavából eredő nagyerek nyílt műtétei
- hasi, kismedencei műtétek, kivéve diagnosztikus célból
- gerincoszlop nyitott műtétei
- nagyízületi (váll, könyök, csípő, térd) protézis műtétek
- végtagok amputációi csukló, boka és azok magasságától proximálisan

az 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 15%-a

- agyállományt/gerincvelő állományt érintő endoscopos, punctios, drain műtétek, beavatkozások
- perifériás idegműtétek
- arc lágyrészeinek műtétei (pl. külső- és középfül, nyálmirigyek, orr, orrmelléküregek, nyálmirigyek, nyirokcsomók, nyelv, orr- és garatmandula)
- szemészeti műtétek (kivéve látásjavító lézeres szemműtétek)
- endoszkópos (pl. thoracoscopos, mediastinoscopos, VATS) – diagnosztikus mellkasi beavatkozások, mintavétellel vagy anélkül
- szív pacemaker beültetés
- pericardiocentesis – érkatéteres műtétek (pl. stentelések, tágtítások)
- perifériás artériák és vénák műtétei (beleértve a visszérműtéteket)
- mellkasfal és emlő műtétek
- diagnosztikus hasi, kismedencei műtétek mintavétellel vagy anélkül
- hasfali műtétek
- külső nemi szervek, húgycső és végbélnyílás műtétei
- nőgyógyászati curettage és méhszáj (cervix) elváltozások műtétei
- transuretralis (TUR) prostata és húgyhólyag műtétek
- superficialis lymphadectomia
- endoszkópos, terápiás beavatkozások (pl. otoscopy, rhinoscopy, bronchoscopy, gastroscopy, colonoscopy, cystoscopy, ureteroscopy, colposcopy, hysteroscopy, stb)
- percutan viscerostoma (testüregi sztóma) műtétek
- gerincoszlop mikro (minimál invazív) műtétei
- arthroscopos és nyitott ízületi műtétek (kivéve ízületi protézisek)
- nem nagyízületi protézis műtétek
- csont (beleértve a borda, szegycsont, medence, végtagok) betegségek, sérülések, törések műtétei (kivéve végtagok amputációit)
- izom és ín betegségek és sérülések miatti műtétek
- végtagok amputációi csuklótól, bokától distálisan
- szövetátültetés (pl. bőr, szaruhártya, csont, csontvelő, ín, izom hasnyálmirigy, őssejt), kivéve a vérkészítményeket

az 5-ös csoportba sorolt műtétek nem térített műtétek

- lézeres látásjavító szaruhártya műtétek
- érkatéterezés diagnosztikus célból
- bőr és nyálkahártya és azok alatti szövetek sérülésének (pl. varrat, idegentest eltávolítás) ellátása
- bőr, nyálkahártya és azok alatti kötőszövet elváltozásainak műteti eltávolítása (pl. anyajegy, szemölcs, lipoma)
- nyitott testüregekből (pl. tápcsatorna, orr, légcső, hörgő, húgyhólyag, hüvely) és szemből idegentest eltávolítás
- endoszkópos beavatkozások (pl. otoscopy, rhinoscopy, bronchoscopy, gastroscopy, colonoscopy, cystoscopy, ureteroscopy, colposcopy, hysteroscopy, stb) diagnosztikus célból, szövettani mintavétellel vagy anélkül
- arthroscopia diagnosztikus célból
- fogászati beavatkozások
- esztétikai beavatkozások, műtétek
- meddőség, terhesség, szülés miatti beavatkozások, műtétek
- percutan szövettani mintavétel, punctio, drain az agy kivételével bármely szervből

A baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BKNT24)

Jelen **baleseti kórházi napi térítésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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 kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.
- II.3. Amennyiben a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása az adott kórház intenzív ellátást biztosító osztályán történik, az intenzív osztályon történő ellátás napjaira a biztosító a biztosítási összeg 200%-át téríti meg. Jelen feltétel vonatkozásában intenzív osztálynak kizárólag az az osztály tekinthető, amely neve, működése, és működési engedélye alapján ilyen ellátásra jogosult.

Jelen feltétel vonatkozásában nem számít intenzív osztályon történő ellátásnak a subintenzív osztályon vagy részlegén, ill. a postoperatív őrzőben történő ellátás.

- II.4. 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. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összegszerűségének megállapításához szükséges:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - c) a kórházi zárójelentés,
 - d) intenzív osztály zárójelentése – amennyiben történt ilyen ellátás
 - e) a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata.
 - g) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.4. 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.
- III.5. **A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha**
 - a) **a krónikus betegségek rehabilitációjára, gondozására (különösen gyógyterápiák, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizio- és fizioterápia, masszázs, fürdőkúra, fogyókúra),**
 - b) **orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelésre,**
 - c) **a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre, öngyilkossági kísérletre.**

A kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (TKNT24)

Jelen **kórházi napi térítésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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 kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.
- II.3. Amennyiben a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása az adott kórház intenzív ellátást biztosító osztályán történik, az intenzív osztályon történő ellátás napjaira a biztosító a biztosítási összeg 200%-át téríti meg. Jelen feltétel vonatkozásában intenzív osztálynak kizárólag az az osztály tekinthető, amely neve, működése, és működési engedélye alapján ilyen ellátásra jogosult.

Jelen feltétel vonatkozásában nem számít intenzív osztályon történő ellátásnak a subintenzív osztályon vagy részlegesen, illetve a posztoperatív őrzőben történő ellátás.

- II.4. Amennyiben a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása ételmérgezés következménye, az ellátás napjaira a biztosító a biztosítási összeg 200%-át téríti meg.

Jelen feltétel vonatkozásában ételmérgezésnek tekinthető az a biztosítási esemény, amelynek a súlyossága indokolja a biztosított több mint 24 órás kórházi fekvőbeteg-ellátását és amely kapcsán a kezelőorvos megállapította az ételmérgezés tényét és azt a kórházi zárójelentésbe felvezette.

Jelen feltétel vonatkozásában az ételmérgezés biztosítási esemény nem tekinthető baleseti eredetűnek.

- II.5. Amennyiben ételmérgezés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása az adott kórház intenzív ellátást biztosító osztályán történik, az intenzív osztályon történő ellátás napjaira a biztosító a biztosítási összeg 400%-át téríti meg.
- II.6. 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 ápolás befejeztét követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összecszerülésének megállapításához szükséges:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igény bejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatban az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - c) a kórházi zárójelentés,
 - d) intenzív osztály zárójelentése – amennyiben történt ilyen ellátás,
 - e) a kezelőorvos által kitöltött orvosi nyilatkozat (A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.)
 - f) baleset esetén a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - g) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - h) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - i) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolatát.

III.4. 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.

III.5. A kockázatviselésből kizárt események

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 biztosítottja vonatkozó kockázatviselési kezdetét megelőzi. A fogamzás az adott biztosítottja vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően történt, ha a szerződés hatálybalépése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap van.
- b) sterilizáló műtetre 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 gyógyterápiák, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizio- és fizioterápia, masszázs, fürdőkéúra, 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 az 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,
- j) jogszabályokban meghatározott, katasztrófa- és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ide értve a kötelező, illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a bármely védőoltás beadásával kapcsolatos kiadásokat is.

Az égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (ÉGÉS24)

Jelen **égési sérülésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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 bekövetkeztének 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 kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített 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 a biztosítónak bejelenteni.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összecszerúségének megállapításához szükséges:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett 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) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - g) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.4. A biztosított halála esetén a fentiekben túl a szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosító beszerezheti a felsorolt listából azokat az okiratokat, amik a szolgáltatási igény jogalapjának és összecszerúségének megállapításához szükségesek és indokoltak:
 - 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 kedvezményezett a szerződésben név szerint nem nevezte meg,
 - e) a halál – vagy a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratokat.
- III.5. 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.

A baleseti költségterítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei (BKTS24)

Jelen **baleseti költségterítésre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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 kapcsolatban, **Magyarországon a biztosított nevére kiállított számlával igazolt alábbi baleseti költségei merülnek fel:**
- a biztosított baleset miatti orvosilag indokolt kórházi ápolása esetén, a biztosított kórházi ápolásának időtartama alatt, a biztosítottal egyidejűleg ugyanabban a kórházban **a biztosított egy fő nagykorú közeli hozzátartozója (TANF23., 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 napja.
 - 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,
 - 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 balesetet 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.
 - baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd és más fogászati segédeszköz** – eltekintve a kivehető műfogsortól – baleset miatti szükséges javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye. Nem minősül baleseti költségnek azon költség, amely a baleset előtt már meglévő fog, műfog, korona, híd, illetve más fogászati segédeszköz meglévő hibájának javítása miatt merül fel, sem a biztosított kivehető műfogsorának javítási költsége, cseréje.
A fogtörés semmilyen okból sem minősül baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásnak.
 - a **gyógyászati segédeszközök** beszerzésének, vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (például kötszer, gyógyszer), 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 újbóli beszerzésre). A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja. A jelen különös feltételek alkalmazásában gyógyászati segédeszköz, gyógyszer a hatályos jogszabályok szerint ilyenként megjelölt eszköz,
 - 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,
 - a baleset következtében szükséges fizioterápia, gyógytorna és balneoterápia, valamint a nem a magyar társadalombiztosítás által finanszírozott járóbeteg-szakorvosi vizsgálatok, ellátások, diagnosztikai vizsgálatok költsége.
- I.2. Nem minősül baleseti költségnek a rehabilitációs, a szanatóriumi, a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség.
- I.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító az adott biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomagban a jelen különös feltétel szerinti biztosítási kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összeg erejéig megtéríti a jelen feltételek I.1.a)–f) pontjában meghatározott baleseti költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 1 (egy) éven belül merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.
- II.2. A biztosító egy balesetből eredően legfeljebb a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg 50%-áig téríti meg a biztosítottnak a balesettel kapcsolatosan a jelen különös feltételek I.1.g) pontja szerint felmerült költségeit, 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 biztosítóknak.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be,** és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összegszerűségének megállapításához szükséges:
- a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igény bejelentő,
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - a kifizetéseket igazoló a biztosított nevére szóló eredeti számlák, a biztosító nyugtát nem fogad el,
 - a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata,
 - szállítási költség esetén (saját személyautóval) a jármű forgalmi engedélyének másolata.

A baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei (BHAL24)

Jelen **baleseti halálra** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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 kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a halálesetet követő **15 napon belül** kell bejelenteni a biztosítónak.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetatlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összezszerűségének megállapításához szükséges:
 - a) a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - c) a baleseti jegyzőkönyv másolata amennyiben ilyen készült,
 - d) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
 - e) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - f) amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata,
 - g) a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági 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 jogosultságát 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.

Speciális balesetekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (SPECBAL24)

Jelen **speciális balesetekre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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:
 - szúrt, vágott sérülés
 - 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 **szúrt, vágott sérülésnek minősül**, ha a biztosított a kockázatviselés tartama alatt orvos által igazolt, orvosi ellátást igénylő szúrt, vágott sérülést szenved, és ez ín-, vagy idegsérüléssel, vagy ízület megnyitásával jár, továbbá insérülés esetén az ín sebészi úton történő egyesítése történik (pl. ínvarrattal), idegsérülés esetén pedig annak ellátása idegvarrattal történik meg.

Biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.
 - I.3.2. 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, drainezés, vagy a roncsolt terület kimetszése is szükséges.

Biztosítási esemény időpontja: az állatharapás időpontja.
 - I.3.3. 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.3.4. 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 agyvelőgyulladásra mint diagnosztizált betegségre jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz.
 - I.3.5. 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 vizsgálat elrendelésének 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 kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.
- II.2. **A biztosító jelen kockázat alapján egy biztosítási éven belül ugyanazon biztosított részére legfeljebb egy alkalommal teljesít szolgáltatást, illetve egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszer fizethető ki.**

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell bejelenteni a biztosítónak.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összegszerűségének megállapításához szükséges:
 - a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) **állatharapás esetén** az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolata,
 - c) **áramütés esetén** az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolata,

-
- d) **a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás** esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata, valamint az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolata,
 - e) **kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór** esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum is.
 - f) **szúrt, vágott sérülés esetén**
 - sebészeti (traumatológus vagy baleseti sebész) szakellátás dokumentációjának a másolata,
 - ín és/vagy idegsérülés esetén az elvégzett sebészeti beavatkozás dokumentációjának másolata,
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum, de különösen az első orvosi ellátás és az elvégzett beavatkozások dokumentumai,
 - g) a baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - h) rendőrségi jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - i) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény másolata, amennyiben ilyen készült,
 - j) a közlekedési baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
 - k) a közlekedési baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben ilyen készült,
 - l) amennyiben a biztosított a közlekedési balesetben jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélyének másolata.
- III.4. 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.
-

Fertőző betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (FERTŐZŐ24)

Jelen **fertőző betegségekre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** 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 betegségeknek** 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 kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.
- 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 bejelenteni a biztosítónak.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összecszerúségének megállapításához szükséges:
 - a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatban az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett 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.

Speciális műtétekre vonatkozó biztosítás különös feltételei (SPECMÜT24)

Jelen **speciális műtétekre** vonatkozó biztosítás különös feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételeivel (TANF24)** együtt érvényesek, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Szimba tanuló balesetbiztosítás általános feltételei (TANF24)** rendelkezései az irányadók. A szerződésekre egyebekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseit, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- 1.1. Biztosítási esemény a biztosítottna a kockázatviselés tartama alatt a jelen különös feltétel I.2. pontjában meghatározott valamely műtét elvégzése.
- 1.2. Jelen különös feltétel vonatkozásában **műtétnak minősülnek** az alábbi beavatkozások:
lágýéksérv műtét,
vakbélműtét,
garatmandula-műtét.
- 1.3. **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 kockázat vonatkozásában, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos Szimba Kalauzon rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.
- 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 bejelenteni a biztosítóknak.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3. pontjában meghatározottakon kívül a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti vagy beszerezheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának és/vagy összegszerűségének megállapításához szükséges:
 - a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - b) szolgáltatási igény előterjesztésekor az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolata,
 - c) kórházi zárójelentés másolata,
 - d) műtéti leírás másolata, amennyiben ilyen készült.
- III.4. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő, ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.