

**A GRAWE ÉLETBIZTOSÍTÓ ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
EURÓ ALAPÚ BALESETBIZTOSÍTÁSAINAK
ÁLTALÁNOS FELTÉTELEI
Preambulum**

Érvényes: 2008. 05. 01. napjától:

Jelen biztosítási feltételek azon megállapodásokat tartalmazzák, amelyeket eltérő szerződéses kikötés hiányában a Grawe Életbiztosító Zrt. **Euró alapú** balesetbiztosítási szerződéseire alkalmazni kell. Ezen feltételekben és a biztosítási szerződésben nem rögzített kérdésekben a hatályos jogszabályok rendelkezései az irányadók.

**1.§
A biztosítási szerződés**

A biztosítási szerződés alapján a Biztosító meghatározott jövőbeli esemény (biztosítási esemény) bekövetkeztétől függően bizonyos összeg megfizetésére, a Biztosított, ill. a Szerződő díj fizetésére kötelezi magát.

A biztosítási ajánlat, a biztosítási kötvény, a megállapodásban rögzített biztosítási feltételek és kikötések, valamint a Biztosító megállapodás szerinti díjszabása együttesen képezik azt az egységet, amely a biztosítási jogviszony alapja, és amelyet a következőkben röviden csak biztosítási szerződésnek nevezünk.

**2.§
A biztosítási védelem kezdete és vége**

- (1) A biztosítási szerződés létrejöttének és hatálybalépésének ideje nem esik egybe. A biztosítási szerződés akkor jön létre, ha a felek a biztosítási feltételekben megegyeznek, és szerződési akaratukat írásba foglalják. A szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra tizenöt napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a Biztosító vagy képviselője részére történő átadás időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.
- (2) A biztosítási védelem kezdete, a biztosítás hatálybalépésének időpontja az az időpont, amikor a Biztosító kockázatviselése kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási díjat megfizették.
- (3) A biztosítás az azt követő nap 0 órakor lép hatályba, amikor a díjat megfizették, vagy megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, vagy a Biztosító díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti, és az életbiztosítási szerződés már létrejött vagy létrejön.
- (4) Ha a Szerződő fél a díjat a Biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára beérkezettnek kell tekinteni, a Szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.
- (5) Ha a Szerződő fél az első biztosítási díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, úgy ezt az összeget a Biztosító a biztosítási szerződésben megjelölt időpontig kamatmentes előlegként kezeli.
- (6) A biztosítási védelem véget ér - a szerződés megszűnésével - akkor, ha a biztosítási díjat vagy annak egy részletét az esedékességtől számított 30 napon belül nem fizetik meg.
- (7) A Felek a hatálybalépésre várakozási időt köthetnek ki, melynek ideje 6 hónap. A várakozási idő alatt a Biztosító kizárólag a balesetből és heveny fertőző megbetegedésből eredő biztosítási események vonatkozásában viseli a kockázatot.
Amennyiben a Szerződő a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül él az elállás jogával, úgy ezen joggyakorlással egyidejűleg a Biztosító kockázatviselése megszűnik.

Elálláskor a Biztosító, folyamatos díjfizetésű termék esetén az éves bruttódíjnak, egyszeri díjfizetésű termék esetén az egyszeri díj első biztosítási évre arányosított részének legfeljebb 1/12-ed részét kockázatelbírálás, kötvényesítés és arányos kockázati díj címén a befizetett díjból levonja és a fennmaradó összeget visszautalja a Szerződőnek.

(9)A Szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően – a Szerződő erre irányuló kérelmére,-a Biztosító köteles 15 napon belül a Szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni.

(10)A biztosítási szerződés, amennyiben a különös feltételek ezt lehetővé teszik, biztosítási évfordulóra a Szerződő által felmondható a maradékjogokra vonatkozó rendelkezések megtartása mellett.

**3.§
A biztosítási időszak**

A biztosítási időszak a jelen biztosítási feltételek értelmében a díj esedékességétől számított 1 év.

**4.§
A biztosítási szerződés megszűnése**

A biztosítási szerződés megszűnik a lejáráttal, a díj nemfizetésével, a halál esetén, a különös feltételekben így szabályozott egyéb esetekben.

**5.§
A biztosítási szerződés alanyai**

A Biztosító: Grawe Életbiztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (a továbbiakban: Biztosító)

A Szerződő az a fél, aki a Biztosítóval a szerződést megkötí és a díj fizetésére köteles.

A Biztosított az a személy akinek az életét, testi épségét biztosították.

A Kedvezményezett az, akit a szolgáltatás jogosultjának megneveztek.

**6.§
A Kedvezményezett jelölése és megváltoztatása**

- (1)Balesetbiztosítási szerződésben Kedvezményezett lehet
 - a) a szerződésben megnevezett személy,
 - b)a Biztosított örököse, ha a Kedvezményezettet a szerződésben nem jelölték meg.
- (2) A Szerződő fél az eredetileg kijelölt Kedvezményezett helyett a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más Kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a Biztosított a

- Szerződő fél, ehhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges
- (3) A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal.
- (4)Ha a Biztosító szolgáltatásához való jogot a Kedvezményezett nem szerzi meg, akkor az a Szerződő felet illeti meg.
- (5)A Kedvezményezett módosítása a Biztosító számára csak akkortól hatályos, amikor azt neki a Szerződő fél írásban bejelentette.

7.§ Közlési kötelezettség

- (1) A Szerződő a szerződéskötéskor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal, a Szerződő közlési kötelezettségének eleget tesz.
- (2) A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményről, úgy tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot a szabályzat értelmében nem vállalhatja - a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.
- (3) Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik. Erre a következményre a Szerződőt a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.
- (4) Ha a Biztosító a jogaival nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.
- (5) Ha a Biztosító csak később szerez tudomást a szerződéskor már fennállott lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának csupán az első öt évében gyakorolhatja.
- (6) A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.
- (7) A Szerződő és a Biztosított a szerződés hatálya alatt az ajánlata megtételekor adott válaszok közül a következőkben bekövetkező változásokat köteles a változás tudomásra jutásától számított 5 napon belül bejelenteni.
Így például: foglalkozást, életmódot, életvitelt érintő kérdéseket lakcímváltozás, így különösen az Európán kívüli költözést.

8.§ A Biztosított szakmájának vagy foglalkozásának megváltozása

- (1) A Biztosított köteles az ajánlatban, illetve a biztosítási szerződés megkötésekor megjelölt szakmájának vagy foglalkozásának megváltozását annak bekövetkezésekor haladéktalanul bejelenteni.
- (2) Ha a Biztosított új szakmájára, vagy foglalkozására tekintettel alacsonyabb összegű biztosítási díj járna, akkor a bejelentés beérkezésétől kezdődően ezt az alacsonyabb biztosítási díjat kell megfizetni.

- (3) Amennyiben magasabb biztosítási díj jár, akkor azon időponttól számított három hónapos időtartamra, amikor a Biztosítónak a bejelentést meg kellett volna kapnia, az új szakmára vagy foglalkozásra is teljes biztosítási védelem illeti meg a Biztosítottat. Ha e három hónap elteltével az új szakmára, vagy foglalkozásra visszavezethető biztosítási esemény következik be anélkül, hogy közben megállapodtak volna a fizetendő magasabb biztosítási díjban, akkor a Biztosító szolgáltatásai úgy kerülnek kiszámításra, hogy biztosítási összegként azt az összeget állapítják meg, amely az új szakma vagy foglalkozás folytatása esetére érvényes biztosítási díjszabás alapján a tényleges, a kötvényben meghatározott biztosítási díj alapul vételével adódna.

9.§ Valótlan életkor közlése

- (1) Ha a Biztosított életkorát a szerződés megkötésekor valótnanul közölték és ezért a biztosítási díj nem megfelelően került megállapításra, úgy a Biztosító szolgáltatása annak arányában csökken vagy emelkedik, mint amilyen arányban a valódi életkornak megfelelő biztosítási díj áll a megállapodás szerinti biztosítási díjjal.
- (2) A közlésre, illetőleg a változás bejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

10.§ Jognyilatkozatok

- (1) Amennyiben a Szerződő fél lakóhelyet változtatott, de a változást nem közölte a Biztosítóval, úgy a Szerződő féllel közlendő jognyilatkozatok hatályosságához a Biztosító részéről elegendő az általa ismert utolsó lakcímére igazolható módon küldött levél. A nyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor az lakcímváltozás hiányában szabályos kézbesítés esetén eljutott volna a Szerződő félhez
- (2) Amennyiben a Szerződő fél a biztosítást székhelyén (telephelyén) kötötte meg a székhely (telephely) áthelyezése esetén az (1) bekezdés rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.
- (3) Amennyiben a Szerződő fél Európán kívüli lakóhelyre költözik, a Biztosító felé meg kell neveznie magyarországi kézbesítési megbízottját; ellenkező esetben a fenti rendelkezések érvényesülnek.

11.§ Harmadik személy által kötött szerződés

- (1) A balesetbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ha a Biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
- (2) A Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben Kedvezményezettnek a Biztosítottat illetőleg örökösét kell tekinteni, aki azonban az ennek folytán neki járó biztosítási összegből a Szerződő fél költekezéseit - beleértve a kifizetett biztosítási díjat köteles megtéríteni.

- (3) A Biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a Biztosított a Szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe lép.
- (4) A Biztosított a Szerződő fél bejegyzésével a szerződésbe bármikor beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges.
- (5) A Biztosított, mielőtt a szerződés díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, úgy a Biztosítóval közölt nyilatkozatával a Szerződő fél helyébe léphet.
- (6) Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a Biztosított a Szerződő féllel egyetemlegesen felelős.

12.§ Biztosítási esemény

- (1) A balesetbiztosítási esemény a feltételekben meghatározott események. A Biztosító biztosítási védelmet nyújt arra az esetre, ha a Biztosítottat baleset éri. A biztosítási szolgáltatások a 16. és 17. §-okban, valamint a kötvényben vannak feltüntetve.
- (2) A biztosítási esemény a baleset 13.§ szerinti bekövetkezése.
- (3) A balesetbiztosítás területi hatálya az egész Földre kiterjed.
- (4) Az időbeli hatálya azokra a balesetekre terjed ki, amelyek a biztosítási védelem fennállása alatt következnek be.
A balesetbiztosítási szerződést határozott időtartamra kötik, amelyet a biztosítási ajánlatban és a kötvényben állapítanak meg.

13.§ A baleset fogalma

- (1) A baleset a Biztosított akaratától független esemény, amely váratlanul, kívülről mechanikus vagy vegyi úton hat a Biztosított testére, és annak testi sérülését, egészségkárosodását vagy halálát okozza.
- (2) Balesetnek minősülnek továbbá az alábbi, a Biztosított akaratától független események:
- vízbefulladás;
 - égési és forrázási sérülések, villámcsapás vagy elektromos áramütés következményei,
 - gázok vagy gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe kerülése, kivéve, ha ezek a behatások fokozatosan történnek;
 - a végtagokon és a gerincoszlopon lévő izmok, ízületek, inak és tokok ficama rándulása és szakadása a tervezett mozgásfolyamattól való eltérés következtében.
- (3) **A betegségek nem minősülnek balesetnek és a fertőző betegségek sem tekinthetők a baleset következményeinek. Ez a kizáró rendelkezés nem vonatkozik a gyermekbénulás következményeire, amennyiben a megbetegedést szerológiaiilag megállapították, és az legkorábban 15 nappal a biztosítási szerződés kezdete előtt, de legkésőbb 15 nappal annak megszűnése után jelentkezett.**
A betegség kezdetének (a biztosítási esemény időpontjának) az a nap számít, amikor első ízben fordultak orvoshoz tanácsért a gyermekbénulásként diagnosztizált betegség miatt.
Ebben az esetben a Biztosító szolgáltatása a megállapodás szerinti biztosítási összeg keretei között 8000.-Euróban korlátozott.

A felelősség betegség miatti kizárása nem vonatkozik a merevgörcsre és a veszettségre, amennyiben azt az (1) bekezdés szerinti baleset okozta.

- (4) **A biztosítási védelem kiterjed azokra a balesetekre is, amelyeket a Biztosított légi-utasként szenved el, feltéve, hogy a repülőgépnak a személyszállításra engedélye volt. Légi utasnak minősül az, akinek a tevékenysége a légi jármű működtetésével nincs okozati összefüggésben, a személyzetnek nem tagja, és a légi járművet nem hivatása gyakorlásának eszközeként használja.**

14.§ Nem biztosítható személyek

- (1) **Nem biztosíthatók és semmiképpen sem Biztosítottak azok a személyek, akik tartósan teljesen munkaképtelenek, vagy súlyos ideg-, illetve elmebetegségben szenvednek. Teljes munkaképtelenség akkor áll fenn, ha a Biztosítottól betegsége vagy fogyatékosága következtében orvosiilag nem várható el kereső tevékenység folytatása, valamint ha ténylegesen nem is folytat kereső tevékenységet.**
- (2) **A nem biztosítható személyek tekintetében a biztosítási szerződés nem jön létre. Amennyiben a Biztosított a biztosítási szerződés fennállása alatt vált nem biztosíthatóvá, a Biztosító 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot a szabályzat értelmében nem vállalhatja - a szerződést 30. napra írásban felmondhatja.**
- (3) **Ha Biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. Erre a következményre a Biztosítottat a módosító javaslat megtételekor figyelmeztetni kell.**
- (4) **Ha a Biztosító e jogával nem él a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.**

15.§ A Biztosító teljesítésének szabályai

- (1) Minden olyan jogosultra vonatkozóan, akik a Biztosítóval szemben szolgáltatási igényt kívánnak érvényesíteni, a következő kötelezettségek érvényesek:
- a Biztosított balesetét és halálát haladéktalanul, de legkésőbb a tudomásra jutástól számított 5 napon belül be kell jelenteni a Biztosítónak;
 - a biztosítási szerződés szerinti szolgáltatások csak a kötvény (az összes kiadott módosításokkal együtt) és kétséges befizetés esetén az utolsó díjfizetést igazoló átutalás igazolása ellenében kerülnek kifizetésre;
 - a Biztosítottnak a balesetre, ill. balesetből eredően bekövetkező halálára vonatkozó és rendelkezésére álló hivatalos dokumentációt be kell küldenie;
 - a Biztosító követelheti további orvosi vagy egyéb hivatalos igazolások bemutatását is;
- (2) **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha az (1) bekezdésben foglalt kötelezettségeket megsértik, és ez által lényeges körülmények válnak tisztázhatatlanná.**

16.§
A biztosítási szolgáltatás

- (1) A Biztosító csak a biztosítási összeg erejéig felel. Szolgáltatását pénzben köteles teljesíteni.
- (2) A Biztosító pénzzolgáltatásai a biztosítási esemény és a Biztosító szolgáltatásai terjedelmének megállapításához szükséges utolsó dokumentumok beérkezését követő 15 nap múlva esedékesek. A szolgáltatás teljesítésének helye a Jogosult lakóhelye illetőleg székhelye.
- (3) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Szerződő fél, Biztosított, vagy a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezését, a szükséges dokumentumokat és szükség esetén azok tartalmának ellenőrzésére előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- (4) A Biztosító jogosult arra, hogy a szükséges igazolás beszerzéséig elhalassza a kifizetést abban az esetben, ha kétséges a Szerződő félnek, a Biztosítottnak, vagy a Kedvezményezettnek a pénz felvételére vonatkozó jogosultsága. Amennyiben a biztosítási esemény kapcsán hatósági eljárást vagy büntetőeljárást indítottak az említett személyek valamelyike ellen, a Biztosító a kifizetést az eljárás befejezéséig elhalaszthatja.

17.§
Haláleseti szolgáltatás

- (1) Ha a halál a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként áll be, a halál esetére megállapított biztosítási összeget kell kifizetni.
- (2) A halál esetére járó szolgáltatásba csak az olyan kifizetéseket kell beszámítani, amelyeket az ugyanazon esemény folytán bekövetkezett tartós rokkantságra tekintettel teljesítettek. A Biztosító a tartós rokkantságra tekintettel nyújtott szolgáltatást túlfizetés címén nem követelheti vissza.

18.§
A biztosítási díj

- (1) **A szerződés létrejöttékor esedékes a biztosítás első díja.**
- (2) **A biztosítási szerződés esedékes díjait Euroban kell megfizetni a Biztosító ajánlaton megadott és erre a célra fenntartott bankszámlájára. Az Euroban vezetett bankszámlára banki átutalással kell a befizetést teljesíteni. A díjfizetés felmerülő költségei a szerződőt terhelik. A Biztosító díjfizetesként csak a megadott bankszámlára és megadott pénznemben történő teljesítést fogadja el. A bankszámlától eltérő utalás nem minősül teljesítésnek és a téves utalásból eredő mindennemű következményt a szerződő köteles viselni, így az árfolyam különbözetből eredő következményeket is.**
- (3) **Amennyiben a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a szerződő részére visszafizetésre kerül, a visszautalandó összeget a Biztosító kizárólag banki úton Euroban teljesítheti.**
- (4) A biztosítási díj kiszámítása a Biztosító kalkulációja alapján a Biztosított életkorának, egészségi állapotának, illetve egyéb kockázati körülményeinek, valamint a biztosítás tartamának és összegének figyelembevételével történik. A Biztosító a Biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a Biztosított születésének évszámát.

- (5) Az átlagtól eltérő kockázat esetén biztosítási pótdíjak vagy a záradékban eltérő feltételek állapíthatók meg .
- (6) A biztosítások éves díjúak. A Biztosító akkor járulhat hozzá az éves biztosítási díj részletekben történő megfizetéséhez, ha azt a biztosítási termékterv megengedi, valamint ha a Szerződő fél kötelezettséget vállal a módozatban előírt pótdíjak megfizetésére. Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a folyó évi biztosítási díj részleteit még nem fizették ki, valamint ha a Biztosító a biztosítási díjfizetési késedelme miatt kényszerül arra, hogy a fennálló díjkövetelését peres úton érvényesítse, a folyó évi díj valamennyi részlete azonnal esedékessé válik, és a Biztosító a biztosítási díj összegét valamennyi szolgáltatásából levonhatja.
- (7) A további biztosítási díjak minden egyes biztosítási időszak kezdőnapján válnak esedékessé.
- (8) A biztosítási díjak megfizetésének elhalasztása kizárólag a Biztosító vezérgazgatóságának előzetes írásbeli jóváhagyása alapján lehetséges a biztosítási szerződés évfordulójának időpontjára.
- (9) A Szerződő fél a biztosítási díjat saját veszélyére és költségére utalja át a Biztosítónak.
- (10) Arra nézve, hogy a biztosítási díj megfizetése kellő időben megtörtént-e, az átutalás időpontja, illetve, egyéb esetekben a befizetésnek a Biztosító számlájára történő beérkezési időpontja az irányadó.

19.§
Konverziós szabályok

- (1)A Szerződő és a Biztosító megállapodnak abban, hogy a szerződésben vállalt kötelezettségeiket Euró pénznemben teljesítik.**
- (2)Megállapodnak továbbá abban, hogy amennyiben a fent megjelölt pénznem a Magyar Köztársaság területén a szerződés hatálybalépését követően nem minősül jogszerű fizetőeszköznek, vagy ha**
- a Magyar Nemzeti Bank és/vagy a Magyar Köztársaság kormányának árfolyampolitikája, monetáris politikája, vagy egyéb gazdaságpolitikai döntése, vagy
 - bármilyen jogszabályi rendelkezés, korlátozás ill.tilalom,vagy
 - a Biztosító befolyásán kívül eső bármely egyéb körülmény következtében:
 - a Biztosítónak, vagy a Szerződőnek nincs jogszerű lehetősége az Euro pénznem Magyar Köztársaság területén történő beszerzésére, vagy
 - a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar Köztársaság területén történő fenntartására, vagy
 - a Biztosítónak nincs jogszerű lehetősége a Magyar köztársaság területén létrejött Euro alapú szerződéseinek tartalékait a Magyar Köztársaság területén kívül Euro eszközbe fektetni és/vagy ezen befektetéseket fenntartani,
- úgy ebben az esetben a Biztosító – a fenti körülmények mérleglése és saját döntése alapján-jogosult a szerződésben meghatározott kötelezettség (biztosítási összeg, biztosítási díj,stb) pénznemét a Magyar Köztársaságnak az átváltás időpontjában érvényes törvényes pénznemére átváltani(konvertálni**

-)és a hivatkozott kötelezettségeket az átváltás időpontjától kezdve ebben a pénznemben kifejezni.
- (3) Az átváltás időpontjától fogva a Biztosító és a Szerződő kötelezettségeiket az új pénznemben köteles teljesíteni,és a szerződés bármely Euró pénznemre történő hivatkozása érvénytelenné válik.
- (4) A Biztosító az átváltást egy adott időpontra meghatározottan-saját döntése alapján-a Magyar Nemzeti Bank, vagy egy a Biztosító által megjelölt kereskedelmi bank által közzétett devizaárfolyam alapján végzi el.
- (5) Az átváltást követően a biztosító új kötvényt bocsájt ki a biztosítási összeg és a díj, valamint a maradékjogok új pénznemben történő feltüntetésével.

20.§

A díjfizetés elmulasztásának következményei

- (1) Amennyiben a szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a befizetésre halasztást sem kapott és a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a Biztosító a biztosítási díj esedékességétől számított 30 napig viseli a kockázatot. Az esedékességtől számított 30. nap elteltével a szerződés megszűnik (kivéve a jelen paragrafus (3) bekezdésében foglaltakat).
- (2) A Biztosító a szerződés megszűnését és a bírósági út igénybevételeének határidejét további 30 nappal meghosszabbíthatja, ha ennek a körülménynek a közlésével a biztosítottat a fizetésre írásban felszólítja.
- (3) A biztosítási díjat a Biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti; ezt követően csak akkor élhet a jogával, ha abban az évben a biztosított a díjfizetést már megkezdte, vagy a díjfizetésre halasztásban állapodtak meg.
- (4) Amennyiben a díjfizetésre nyitva álló határidő eredménytelenül telik el és a díjfizetés elmulasztásának időpontjában, a biztosítási szerződés a Biztosító fizetési kötelezettsége nélkül megszűnik.

21. §

Kizárások és mentesülések

A biztosításból ki vannak zárva a következő balesetek:

- (1) amelyek légi járművek használata, ejtőernyős ugrások vagy repülőgépek használata során következnek be,
- (2) amelyek a motoros sportok versenyekben való részvétel során (az előfutamon és a rallykon való részvételt is ide értve), továbbá az ezekre való felkészülés érdekében végzett edzések során következnek be;
- (3) amelyek a síelés, a síugrás, a bob, a sítob és a szkeleton sportágak megyei országos és nemzetközi versenyein való részvétel, valamint a szóban forgó rendezvényekre való felkészülés érdekében végzett hivatalos edzések során következnek be;
- (4) amelyek azáltal következnek be, hogy a Biztosított szándékos bűncselekményt kísérelt meg vagy követett el;
- (5) amelyek közvetlenül vagy közvetve bármilyen háborús eseménnyel függnek össze;
- (6) amelyek belső zavargások során keletkeznek, ha azokban a Biztosított zavargások szítóinak oldalán vett részt;
- (7) amelyeket közvetve vagy közvetlenül
- ionizáló sugárzások hatása vagy
 - nukleáris energia okozott;
- (8) amelyeket a Biztosított egy öt érő szívinfarktus vagy szélhűdés következtében szenved el; a szívinfarktus

azonban semmilyen körülmények között sem minősül baleseti következménynek;

- (9) amelyet a Biztosított bármilyen tudatzavar, vagy pszichikai teljesítőképességének alkohol, kábítószer, vagy gyógyszerek általi befolyásoltsága alatt szenved el;
- (10)azok a testi sérülések, amelyeket a Biztosított gyógyító eljárások és beavatkozások során a saját testén végez vagy végeztet, feltéve, hogy ezek indoka nem egy biztosítási esemény volt;
- (11)amelyeket a Biztosított gépjárművezetőként szenved el, úgy, hogy nem rendelkezik olyan gépjárművezetői engedéllyel, amely elő van írva az adott gépjármű közúti vezetéséhez; ez a rendelkezés akkor is érvényes, ha a járművet nem a közúton vezette.
- (12)A kizárásokon túlmenően mentesül a Biztosító, ha a baleseti következmények, illetve ezek súlyosbodása abból ered, hogy a Biztosított a balesetet követően nem vesz azonnal igénybe orvosi segítséget, a gyógyulási folyamat teljes befejeződéséig nem veti magát alá az orvosi kezelésnek, vagy nem gondoskodik a megfelelő ápolásáról, és lehetőségei szerint nem tesz meg mindent a baleset következményeinek elhárításáért és csökkentéséért.
- (13)Nem minősül balesetnek, ha a Biztosítottat bűncselekmény miatt halálra ítélik, és az ítéletet végrehajtják.

22.§

A biztosítási védelem tárgyi körülhatárolása

- (1) Biztosítási szolgáltatás csak a megtörtént baleset által kiváltott következményekért (testi sérülés vagy halál) jár.
- (2) A rokkantság fokának megállapításánál valamely korábbi rokkantság százalékos értékét csak akkor vonják le, ha a baleset olyan testi vagy szellemi funkciót érintett, amely már korábban is károsodott.
- (3) Ha olyan betegségek vagy fogyatékoságok befolyásolják a baleseti következményeket, amelyek már a baleset előtt is fennálltak a szolgáltatást a betegség vagy fogyatékoság mértékének megfelelően csökkenteni kell feltéve, hogy ez a hatás legalább 25 %-ot tesz ki.
- (4) Szervi alapú idegrendszeri zavarok esetén a szolgáltatás csak akkor jár, ha ez a zavar a baleset által okozott szervi károsodásra vezethető vissza. A pszichikai zavarok (neurózis, pszichoneurózis) nem minősülnek baleseti következménynek.
- (5) Porckorongsérv esetén csak akkor jár szolgáltatás, ha az közvetlenül a gerincoszlopra gyakorolt mechanikus hatás következtében állt elő, és nem egy, a baleset előtt már fennállt betegségtünet súlyosbodásáról van szó.
- (6) Bármilyen hasi és altesti sérv esetén szolgáltatás csak akkor jár, ha a sérvet kívülről jövő közvetlen mechanikus hatás idézte elő, nem pedig a sérvre való veleszületett hajlam.

23. §

A szolgáltatásra vonatkozó különleges rendelkezések

- (1) A Biztosító mentesül fizetési kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen
- a) a Biztosított, illetőleg a Szerződő fél
- b) velük közös háztartásban élő hozzátartozója szándékosan, vagy súlyosan gondatlanul okozta.
- (2) A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét, a biztosítási összeg ebben az

- esetben az örökösöket illeti meg, és a Kedvezményezett abból nem részesülhet.
- (3) Ezeket a rendelkezéseket a kármegelőzési és kárenyhítés kötelezettség megszegésénél is alkalmazni kell.

24.§
Tartós rokkantság

- (1) Ha a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként tartós rokkantság marad vissza, akkor a biztosítási összegből a rokkantság fokának megfelelő összeget kell kifizetni.
- (2) A rokkantság fokának megállapítása az alábbi rendelkezések szerint történik:
- (a) Az alább felsorolt szervek teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége esetén:
- | | |
|---|------|
| egy karnál | 70% |
| egy kéznél | 60% |
| egy hüvelykujjnál | 20% |
| egy mutatóujjnál | 10% |
| valamely másik ujjnál | 5% |
| egyik alsó végtagnál | 70% |
| egy lábnál | 50% |
| egy nagylábujjnál | 5% |
| valamely másik lábujjnál | 2% |
| mindkét szem látóképességének elvesztése esetén | 100% |
| az egyik szem látóképességének elvesztése esetén | 35% |
| • amennyiben a másik szem látó-képessége a biztosítási esemény bekövetkezése előtt már elveszett | 65% |
| mindkét fül hallóképességének elvesztése esetén | 60% |
| az egyik fül hallóképességének elvesztése esetén | 15% |
| • amennyiben azonban a másik fül hallóképessége a biztosítási esemény bekövetkezése előtt már elveszett | 45% |
| a szaglóérzék elvesztése esetén | 10% |
| az ízlelő érzék elvesztése esetén | 5% |
- (b) A fent felsorolt testrészek (vagy érzékszervi funkciók) részbeni elvesztése (vagy károsodása) esetén a tételesen jelölt testrész, vagy károsodás értékéből számítva arányosan kell az egészségkárosodás mértékét meghatározni.
- A kar és a láb működésének korlátozottsága esetén a teljes végtagra vonatkozó tételt arányosan kell alkalmazni.
- (3) Ha a rokkantság foka a (2) bekezdés szerint nem határozható meg, akkor az az irányadó, hogy a testi vagy a szellemi képességeket a baleset orvostudományi szempontból mennyiben befolyásolta.
- (4) A (2) és (3) bekezdésből adódó több százaléktételt össze kell adni. A rokkantság foka azonban sohasem lehet több, mint 100%.
- (5) A baleset utáni első évben a rokkantsági szolgáltatás csak akkor jár, ha a baleset következményeinek jellege és terjedelme orvosilag egyértelműen megállapítható.
- (6) Ha a tartós rokkantság foka nem egyértelműen meghatározott, mind a Biztosított, mind a Biztosító jogosult arra, hogy a rokkantság mértékét a baleset napjától kezdődően négy éven át évenként orvosilag újra megállapíttassa. A feleket a baleset

- napjától számított második év elteltével Orvosi Bizottság igénybevételének a joga is megilleti.
- Ha ilyen esetben a végleges megállapítás alapján magasabb összegű rokkantsági szolgáltatás jár, mint amelyet a Biztosító már nyújtott, a többlet összeg a megállapítástól számított egy hónapon belül esedékes.
- (7) **Ha a Biztosított:**
- (a) a baleset következtében az attól számított egy éven belül meghal, a rokkantsági szolgáltatás nem jár;
- (b) nem a baleset következtében az attól számított egy éven belül hal meg, a tartós rokkantság azon mértéke szerint kell a szolgáltatást teljesíteni, amellyel az utoljára kiállított orvosi leletek alapján számoltak volna;
- (c) a balesettel összefüggő vagy attól független ok miatt a balesetet követően több, mint egy év után hal meg, ugyancsak a tartós rokkantság azon mértéke szerint kell a szolgáltatást teljesíteni, amellyel az utoljára kiállított orvosi leletek alapján számolni kellett volna.

25.§
A baleset kivizsgálására vonatkozó eljárási szabályok

- (1) A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosult az alábbi kötelezettségek érvényesek:
- (a) A biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítónak lehetőleg haladéktalanul, de legkésőbb a tudomásra jutástól számított 5 napon belül be kell jelenteni. Akadályoztatás esetén az akadály megszűnését követő 5. napon kell a szükséges felvilágosításokat megadni és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.
- (b) A Biztosított halálát 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a Biztosítónak, a telefaxon történő bejelentés is megfelelő. A Biztosított halálát akkor is külön be kell jelenteni az itt írt határidőben, ha magát a balesetet korábban már bejelentették.
- (c) A Biztosítónak joga van ahhoz, hogy a holttestet a teljesítés érdekében a hozzátartozó engedélyével megsemmisítse, felboncoltassa és szükség esetén exhumáltassa.
- (d) A balesetek bejelentésére szolgáló nyomtatványt annak kézhezvételét követően haladéktalanul meg kell küldeni a Biztosítónak, ezenfelül a Biztosító részére valóságnak megfelelően meg kell adni valamennyi általa kért az ügyben releváns felvilágosítást.
- (e) A Biztosítottnak meg kell hatalmaznia a kezelőorvost vagy azt a gyógyintézetet, amely, a kárelbírálás szempontjából fontos okból eredően Őt kezelte, vagy megvizsgálta, hogy a Biztosító által kért tájékoztatást adja meg és a szükséges orvosi dokumentációt szolgáltatassa.
- (f) A balesettel foglalkozó hatóságok részére is meghatalmazást kell adni arra, hogy a Biztosító által kért tájékoztatásokat a káresettel összefüggően adják meg.
- (g) A Biztosító igényelheti, hogy a Biztosított a Biztosító által kijelölt orvosok által végzett vizsgálatnak vesse alá magát.
- (2) A Biztosító annyiban mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, amennyiben az (1) bekezdésben foglalt kötelezettségeket megsértik, és ennek következtében lényeges körülmények válnak tisztázhatatlanná.

26. §
A véleményeltérés esetén követendő eljárás (Orvosi Bizottság)

- (1) Az Orvosi Bizottság dönt abban az esetben, ha véleménykülönbségek merülnek fel a baleset következményeinek jellege és terjedelme tekintetében, illetve

abban, hogy a bekövetkezett hátrányok mennyiben vezethetők vissza a biztosítási eseményre, továbbá a tekintetben, hogy a baleset következményeit betegség vagy fogyatékosság mennyiben befolyásolta.

- (2) A Biztosított fél attól számított hat hónapon belül, hogy megkapta a Biztosító nyilatkozatát arról, hogy elismeri-e és milyen összegben a szolgáltatási kötelezettségét, követelésének ismertetése mellett ellentmondással élhet és az (1) bekezdés szerint az Orvosi Bizottság döntésére utalt véleményeltérés esetén az Orvosi Bizottság döntését kérheti.
- (3) A Biztosító is jogosult az Orvosi Bizottság döntését kérni.
- (4) Az Orvosi Bizottságba a Biztosító és a Biztosított fél külön-külön jelöl egy-egy, a Magyar Orvosi Kamara névjegyzékébe bejegyzett orvost. Ha a Biztosított vagy a Biztosító az írásbeli felszólítást követő két héten belül nem jelöl orvost, akkor őt a Biztosított lakóhelye szerint illetékes Orvosi Kamara jelöli ki. Tevékenységük megkezdése előtt a két orvos közös egyetértéssel egy harmadik orvost jelöl ki elnöknek, aki abban az esetben, ha nem, vagy csak részben tudnának megegyezni, a két orvos szakvéleményében rögzített határok keretei között dönteni fog. Amennyiben a két orvos nem jut megegyezésre az elnök személyét illetően, akkor a Biztosított lakóhelye szerint illetékes orvosi kamara egy, a biztosítási eseményre illetékes orvos szakértőt nevez ki elnökké.
- (5) A Biztosított köteles alávetni magát a Bizottság tagjai által végzett vizsgálatoknak, és minden olyan kezelésnek, amelyet a Bizottság szükségesnek tart.
- (6) Az Orvosi Bizottság a tevékenységéről jegyzőkönyvet vezet; a jegyzőkönyvben írásban köteles megindokolni döntését. Egyet nem értésük esetén mindegyik orvos külön köteles rögzíteni véleményét a jegyzőkönyvben. Ha az elnök döntése válik szükségessé, ő a döntését indokolással együtt köteles jegyzőkönyvbe venni. Az eljárás iratait a Biztosító köteles megőrizni.
- (7) Az Orvosi Bizottság eljárásának költségeit a Bizottság állapítja meg, és a Biztosító előző döntéséhez képest a nyertesség, illetve a veszteség arányában a Biztosító illetve a Biztosított viseli. Azon költségek aránya, amelyeket a Biztosított köteles viselni, nem haladhatja meg a halál esetére és rokkantságra együttesen érvényes biztosítási összeg egy százalékát, de legfeljebb a vitatott összeg huszonöt százalékát érheti el.

27. § Felmondás

- (1) A határozatlan időre kötött szerződést a felek bármikor felmondhatják.
- (2) A szerződést írásban, a biztosítási időszak végére kell felmondani. A felmondási idő 30 nap.

28.§ Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő *igények 5 év alatt évülnek* el. Az elévülés kezdete a káresemény időpontja.

29. § Reaktiválás

Ha a Szerződő (Biztosított) az első elmaradt díjesedékességtől számított hat hónapon belül a teljes díjhátralékot - az időarányos késedelmi kamattal megnövelve – befizeti úgy a Biztosító kockázatviselése a teljes díjhátralék befizetését követő nap 0. órájakor újra kezdődik, feltéve, hogy a Biztosított életben van és

új egészségügyi nyilatkozatot tölt ki, vagy a Biztosító kérésére orvosi vizsgálaton vesz részt, és azt a Biztosító elfogadja. A biztosítás az eredeti tartalommal és összegre lép újra hatályba.

- a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

30.§ Biztosítási titok

- (1) Biztosítási titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő - a biztosító rendelkezésére álló adat, amely egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- (2) A Biztosítót a biztosítási titok tekintetében időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- (3) Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
- a biztosító, ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

- (4)A Biztosítót a biztosítási titoknak minősülő adatok tekintetében titoktartási kötelezettség terheli az alábbi szervek kivételével:
- Feladatkörük teljesítése során eljáróan:
- Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, MNB, Állami Számvevőszékkel, Kormányzati Ellenőrzési Hivatallal, vagyonőrrel, Információs Központtal, Adóhatóság, Nemzetbiztonsági Hivatal, Gazdasági Versenyhivatal, biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval és érdekvédelmi szerveikkel, továbbá a viszontbiztosítókkal.
- Ezen felül továbbá:
- gyámhatósággal és az 1997. évi CLIV Tv.108.§.(2) bek. szerinti egészségügyi hatósággal szemben, továbbá külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információk kezelésére felhatalmazott szervvel, állományátruházás esetén az átadásra kerülő állomány tekintetében az átvevő biztosítóval, kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezést végzővel szemben és kárrendezéshez szükséges adatok tekintetében
- Eljárása alapját képező ügyben:
- nyomozóhatósággal, ügyészséggel,bírósággal, illetőleg ezen szervek vezetőivel, bírósági végrehajtóval, közjegyzővel,

31. § Irányadó jog és az illetékes bíróság

A biztosítási szerződésekre a magyar jog az irányadó.
A biztosítási szerződésből eredő igények érvényesítésére indított valamennyi perre a Pécsi Városi Bíróság illetve a hatáskörtől függően a Baranya Megyei Bíróság az illetékes.

32.§ Vonatkozó adójogszabályok

Életbiztosításokat és balesetbiztosításokat érintő hatályos adójogszabályok és törvényhelyek:

1995. évi CXVII tv. a személyi jövedelemadóról

1996. évi LXXX tv.a társasági adóról és az osztalékadóról
1997. évi LXXX tv a társadaombiztosítás ellátásaira és
magánnyugdíjra jogosultakról
1998. évi LXVI tv.azegészségügyi hozzájárulásról
2000.évi C tv.a számvitelről
2001.évi XCIII Tv a devizakorlátozás eltörléséről