

A GRAWE ÉLETBIZTOSÍTÓ ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG
Általános Balesetbiztosítási Feltételei
Preambulum

Érvényes: 2009. 09. 01. napjától

Jelen Biztosítási Feltételek azon megállapodásokat tartalmazzák, amelyeket eltérő szerződéses kikötés hiányában a Grawe Életbiztosító Zrt. 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.
Egyéb esetben a biztosítás az azt követő nap 0. órájában 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.
- (3) A biztosítás az azt követő nap 0. órákor 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, az összeget a Biztosító a biztosítási szerződésben megjelölt időpontig kamatmentes előlegként kezeli.
- (6) A biztosítási védelem véget ér - a szerződés megszűnésével - akkor is, ha a biztosítási díjat vagy annak egy részle-

tét az esedékességtől számított 30 napon belül nem fizetik meg.

- (7) Amennyiben a Szerződő a kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül él az elállás jogával, úgy ezen joggyakorlással egyidejűleg a Biztosító kockázatviselése megszűnik.
- (8) Elálláskor a Biztosító, folyamatos díjfizetésű termék esetén az éves bruttó díjnak, 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.

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, halál esetén és a Különös Feltételekben 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 megkötöti és a díj fizetésére köteles.

A Biztosított az a személy, akinek az életét 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 ajánlat megtételekor közölt tényekben bekövetkező változásokat köteles a változás tudomására jutásától számított 5 napon belül bejelenteni.

Így például: foglalkozást, egészségi állapotot, életmódot, életvitelt érintő kérdéseket, lakcímváltozás, így különösen az Magyarországon kívüli költözést.

8.§

A Biztosított szakmájának vagy foglalkozásának megváltozása

- (1) A Biztosított köteles az ajánlatban megjelölt szakmájának vagy foglalkozásának megváltozását annak bekövetkeztékor haladéktalanul bejelenteni.
- (2) Ha a Biztosított új szakmájára vagy foglalkozására tekintettel alacsonyabb összegű biztosítási díj kerül megállapításra, akkor a bejelentés beérkezésétől kezdődően ezt az alacsonyabb biztosítási díjat kell megfizetni.
- (3) Amennyiben magasabb biztosítási díj kerül megállapításra, 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 visszavehető 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 kerül kiszámításra.

9.§

Valótlan életkor közlése

- (1) Ha a Biztosított életkorát a szerződés megkötésekor valótlanul 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.

10.§

Jognyilatkozatok

- (1) Amennyiben a Szerződő Fél lakást 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 a 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 költségeit - 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 beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges.
- (5) A Biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a Biztosítóval írásban 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 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 a Felek 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 lenyelése, kivéve, ha ezek a behatások fokozatosan történnek,
 - a végtagokon és a gerincoszlopon lévő izmok, ízületek, inak és tokok ficamra 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 szerológiailag 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 2.000.000.- Ft-ban korlátozott.

A felelősség betegség miatti kizárása nem vonatkozik a merevgörcsre és a vesztettségre, 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 repülőgépnél a személyszállításra engedélye volt.

Légi utasnak minősül az, akinek a tevékenysége a légi jármű működésével nincs okozati összefüggésben, a személyzetnek nem tagja.

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 fogyatékossága következtében orvosilag 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 nappal 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 díjfizetés igazolása ellenében kerülnek kifizetésre;
- a balesetre, ill. balesetből eredően bekövetkező halálára vonatkozó és rendelkezésére álló mindennemű, az elbírálás szempontjából releváns hivatalos dokumentációt a Kedvezményezettnek be kell küldeni;
- 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 felvilágosításokat és 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 eseményből kifolyólag 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 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.

- (2) Az átlagtól eltérő kockázat esetén biztosítási pótdíjak vagy a záradékban eltérő feltételek állapíthatók meg.
- (3) A biztosítások éves díjauk, vagy egyszeri díjfizetésűek. 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 díjfizetés késedelme miatt kényszerül arra, hogy a fennálló díjkövetelését peres úton érvényesítse, a folyó éves díj valamennyi részlete azonnal esedékessé válik, és a Biztosító a biztosítási díj összege valamennyi szolgáltatásából levonható.
- (4) A szerződés létrejöttékor esedékes a biztosítás első díja. Az egyszeri díjat a szerződés létrejöttékor kell megfizetni.
- (5) A további biztosítási díjak minden egyes biztosítási időszak kezdőnapján válnak esedékessé.
- (6) A biztosítási díjak megfizetésének elhalasztása kizárólag a Biztosító vezérigazgatóságának előzetes írásbeli jóváhagyása alapján lehetséges a biztosítási szerződés évfordulójának időpontjára.
- (7) A Szerződő Fél a biztosítási díjat saját veszélyére és költségére utalja át a Biztosítónak.
- (8) Arra nézve, hogy a biztosítási díj megfizetése kellő időben megtörtént-e, a postánál történő befizetés időpontja, illetve, egyéb esetekben a befizetésnek a Biztosító számlájára történő beérkezési időpontja az irányadó.

19.§

A díjfizetés elmulasztásának következményei

- (1) Amennyiben a Szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a befizetésre halasztást nem 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 igénybevételenek 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, a díjfizetés elmulasztásának időpontjában, a biztosítási szerződés a Biztosító fizetési kötelezettsége nélkül megszűnik.

20. §

Kizárások és mentesülések

A biztosításból ki vannak zárva a következő balesetek:

- (1) amelyek légi járművek nem utaskénti használata, ejtőernyős ugrások során következnek be,
- (2) amelyek a motoros sportok versenyeiben 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 sielés, a síugrás, a bob, a sítob és a szkeleton sportágak megyei, országos vagy nemzetközi versenyein való részvétel, valamint a szóban forgó rendezvényekre való felkészülés érdekében végzett hivatalos edzések során következnek be;
- (4) amelyek azért következnek be, hogy a Biztosított szándékos bűncselekményt kísérelt meg vagy követett el;
- (5) amelyek közvetlenül vagy közvetve bármilyen háborús eseménnyel függenek 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 érvő 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 következtében 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 elkövetése miatt halálra ítélik, és az ítéletet végrehajtják.

21. §

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) A korábbi rokkantság mértékét a 23. §-ban írtak szerint állapítják meg.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) 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.

22. §

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) a 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 veszítette életét, díjtartalék összege 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.

23. §

Tartós rokkantság

- (1) Ha a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként tartós rokkantság marad vissza, akkor az aktuális 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:

| | |
|--------------------------------|-----|
| egyik felső végtagnál | 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 látóképessége 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 ízlelőérzék elvesztése esetén | 5% |

- a) A fent felsorolt testrészek (vagy érzékszervi funkciók) részbeni elvesztése (vagy károsodása) esetén a tételben 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.
- (7) Ha ilyen esetben a végleges megállapítás alapján magasabb összegű rokkantsági szolgáltatás jár, mint amelyet a Biztosító már nyújtott, a többlet összeg a megállapítástól számított 15 napon belül esedékes.

(8) Ha a Biztosított:

- a) a baleset következtében, a balesettől számított egy éven belül meghal, a rokkantsági szolgáltatás nem jár;
- b) nem a baleset következtében a balesettől számított egy éven belül hal meg, a tartós rokkantság azon mértéke szerint kell a szolgáltatást teljesíteni, amellyel az utójára 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 utójára kiállított orvosi leletek alapján számolni kellett volna.

24.§

A baleset kivizsgálására vonatkozó eljárási szabályok

- (1) A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosult az alábbi kötelezettségek érvényesek:
- 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 belül kell a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.
 - 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 későbbi halált okozó balesetet korábban már bejelentették.
 - A Biztosítónak joga van ahhoz, hogy a holttestet a teljesítés érdekében, a hozzátartozó engedélyével megsemmisítse, felboncoltassa, szükség esetén exhumáltassa.
 - A balesetek bejelentésére szolgáló nyomtatványt, annak kézhezvételét követően haladéktalanul meg kell küldeni a Biztosítónak, ezen felül a Biztosító részére valószínűleg megfelelően meg kell adni valamennyi általa kért, az ügyben releváns felvilágosítást.
 - 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 megadhassa és a szükséges orvosi dokumentációt kiszolgáltassa. Ezt a meghatalmazást az ajánlata megtételével egyidejűleg adja meg az ajánlat hátoldalán fellelhető Zárónyilatkozatba foglaltan.
 - A balesettel foglalkozó hatóságok részére is meghatalmazást kell adni arra, hogy a Biztosító által kért tájékoztatásokat a káresettel összefüggően adják meg.
 - 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.

25. §

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 15 napon belül nem jelöl orvost, akkor a hiányzó bizottsági tagot a másik Fél kérelmére a 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 kérelemre 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 azt 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.

26. §

A kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

(1) A kötvény elvesztését vagy megsemmisülését haladéktalanul be kell jelenteni a Biztosítónak. A Biztosító a Szerződő kérelmére és költségére pótkötvényt állít ki.

(2) A pótkötvény kibocsátásával az eredeti kötvény érvénytelené válik, amely tény a másolaton feltüntetésre kerül.

27. §

Felmondás

(1) A szerződést a Felek bármikor a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal 30. napra felmondhatják a biztosítási időszak végére.

28. §

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. órájkor újra kezdődik, feltéve, hogy a Biztosított életben van és új egészségügyi nyilatkozatot tölt ki, vagy a Biztosító kérésére orvosi vizsgálaton vesz részt, és ezek elbírálásával azt a Biztosító elfogadja.

A biztosítás az eredeti tartalommal és összegre lép újra hatályba.

29. §

Elévülés

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

30. §

Biztosítási titok

(1) Biztosítási titok minden olyan - államtitoknak nem minősülő -, a Biztosító rendelkezésére álló adat, amely a biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

(2) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosítót.

(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.

Ezen felül jogszabályi rendelkezés alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a feladatkörében eljáróan

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletével, nemzetbiztonsági szolgálattal, biztosítóval, biztosításközvetítővel, biztosítási szaktanácsadóval, Országgyűlési Biztossal, Gazdasági Versenyhivatallal, gyámhatósággal, egészségügyi hatósággal, külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel, viszontbiztosítóval, állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval, kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal, kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, Magyar Nemzeti Bankkal, Állami Számvevőszékkel, Kormányzati Ellenőrzési Hivatallal, Vagyonellenőrrel, Információs Központtal szemben.

Továbbá nem áll fenn a titoktartási kötelezettség:

- az eljárása alapján képező ügyben:

nyomozó hatósággal, ügyészséggel, bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, közjegyzővel, adóhatósággal, szemben.

31.§
Egyéb költségek

Mindazokért az egyéb szolgáltatásokért, amelyekre vonatkozóan jelen Feltételek rendelkezést nem tartalmaznak, a Biztosító külön költséget számíthat fel.

32.§
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, (7621 Pécs, Széchenyi tér 14.) illetve a hatáskörtől függően a Baranya Megyei Bíróság (7623 Pécs, Rákóczi u. 34) az illetékes.

33.§
Az életbiztosításokat érintő hatályos adójogszabályok és törvényhelyek

1995. évi CXVII. tv. a személyi jövedelemadóról,
1996. évi LXXXI. tv. a társasági adóról és az osztalékadóról,
1997. évi LXXX. tv. a társadalombiztosítás ellátásaira és magánnyugdíjra jogosultakról,
1998. évi LXVI. tv. az egészségügyi hozzájárulásról,
2000. évi C. tv. a számvitelről.