

A GRAWE ÉLETBIZTOSÍTÓ ZÁRTKÖRŰEN MŰKÖDŐ RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Általános Balesetbiztosítási Feltételei

Érvényes: 2010. 09. 01. napjától

Preambulum

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.
- (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 a díjat a Biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára beérkezettnek kell tekinteni, a Szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.
- (5) Ha a Szerződő 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 részletét 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 a vonatkozó jogi nyilatkozat Biztosítóhoz történő beérkezésének napján. 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 kockázatbírálás, kötvényesítés és arányos kockázati díj címén a befizetett díjból levonja és a fennmaradó összeget visszautalja a Szerződőnek.
- (8) 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 lejáratával, díj nemfizetéssel, halállal és a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben.

5.§

A biztosítási szerződés alanyai

A Biztosító: a GRAWE Életbiztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (a továbbiakban: Biztosító).

A Szerződő az a Fél, aki a Biztosítóval a szerződést megkötö, 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 az eredetileg kijelölt Kedvezményezett helyett a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más Kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a Biztosított a Szerződő, ehhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- (3) A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése 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 írásban bejelentette.

7.§

Közlési és változásbejelentési kötelezettség

- (1) A Szerződő/Biztosított 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 megítéletekor 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 megítételekor közölt tényekben bekövetkező változásokat köteles a változás tudomásra jutásától számított 5 napon belül bejelenteni. Így például: foglalkozást, egészségi állapotot, életmódot, életvitelt érintő kérdéseket, lakcímváltozás, így különösen a Magyarországon 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 Biztosítottnak 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

Ha a Biztosított életkorát a szerződés megkötésekor valótnak 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 lakcímet változtatott, de a változást nem közölte a Biztosítóval, úgy a Szerződővel közlendő jognyilatkozatok hatályosságához a Biztosító részéről elegendő az általa ismert utolsó lakcíme igazolható módon küldött levél. A nyilatkozat akkor válik hatályossá, amikor az a lakcímváltozás hiányában szabályos kézbesítés esetén eljutott volna a Szerződőhöz.
- (2) Amennyiben a Szerződő a biztosítást székhelyén (telephelyén) kötötte meg, a székhely (telephely) áthelyezése esetén az (1) bekezdés rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.
- (3) Amennyiben a Szerződő 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 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 írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe lép.
- (4) A Biztosított a Szerződő 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 helyébe léphet.
- (6) Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjért a Biztosított a Szerződővel egyetemlegesen felelős.

12.§

Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási esemény a különös feltételekben meghatározott esemény. 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, melynek tartalmát az ajánlatban, a kötvényben, az Általános Balesetbiztosítási Feltételekben és a termékleírásokban határozzák 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 csontok 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 szerológiaiailag 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 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 repülőgépnek 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 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 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, a Biztosított, vagy a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentésére, valamint a szükséges dokumentumok benyújtására vonatkozó kötelezettségét, továbbá szükség esetén azok tartalmának ellenőrzésére előírt kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt az elbíráláshoz szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.
- (4) A Biztosító jogosult arra, hogy a szükséges igazolás beszerzéséig elhalassza a kifizetést abban az esetben, ha kétséges a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy a Kedvezményezettnek a pénz felvételére vonatkozó jogosultsága. Amennyiben a biztosítási eseményből kifolyólag hatósági eljárást vagy büntető-eljárást indítottak az említett személyek valamelyike ellen, a Biztosító a kifizetést az eljárás befejezéséig elhalaszthatja.
- (5) Ha a halál a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként áll be, a halál esetére megállapított biztosítási összeget kell kifizetni.
- (6) 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.

16.§

A Biztosító teljesítésének szabályai

Minden olyan jogosultra vonatkozóan, akik a Biztosítóval szemben szolgáltatási igényt kívánnak érvényesíteni, a következő kötelezettségek érvényesek:

- (1) a Biztosított balesetét és halálát haladéktalanul, de legkésőbb a tudomásra jutástól számított 5 napon belül be kell jelenteni a Biztosítóknak,
- (2) a biztosítási szerződés szerinti szolgáltatások csak a kötvény (az összes kiadott módosítással együtt) beküldése és kétséges befizetés esetén az utolsó díjfizetést igazoló átutalás igazolása ellenében kerülnek kifizetésre,

- (3) a Biztosítottnak a balesetre, ill. balesetből eredően bekövetkező halálára vonatkozó és rendelkezésére álló hivatalos dokumentációt be kell küldeni,
- (4) a Biztosító kérheti a kárrendezéshez szükséges további orvosi vagy egyéb hivatalos igazolások bemutatását is az alábbiak szerint:
 - Az első ellátás dokumentumai (kórházi zárójelentés, ambuláns lap, röntgen lelet)
 - Az első ellátástól a kárbejelentés időpontjáig történt kezelések, vizsgálatok iratai, újabb zárójelentések, leletek
 - Amennyiben rendőri intézkedés történt, a rendőrségi jegyzőkönyv
 - Amennyiben rendőri intézkedés nem történt, úgy hatósági tanúkkal felvett jegyzőkönyv
 - Amennyiben munkahelyi baleset volt, a munkahelyi baleseti jegyzőkönyv
 - Amennyiben alkoholvizsgálat történt (akár szonda, akár vérvétel) annak eredménye
 - Gépjármű vezetés során bekövetkezett baleseti károkhoz a jogosítvány fénymásolata.

Amennyiben a baleset halált okoz, úgy:

- A halotti anyakönyvi kivonat fénymásolata
- Halott vizsgálati bizonyítvány fénymásolata
- Hivatalos orvosi igazolás a halál okáról (kórbonctani felszólító, vagy a haláleset kapcsán történt kórházi kezelés zárójelentése)
- Halálessettel, kapcsolatos orvosi dokumentáció
- Halálessettel kapcsolatos hatósági dokumentáció
- A halálesetet megelőző ellátások dokumentumai (kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, röntgen leletek, kezelésekkel kapcsolatos dokumentumok, laboratóriumi eredmények)
- A halálesetet követő vizsgálatok iratai, dokumentációi (boncjegyzőkönyv)
- Cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes Kedvezményezett esetén gyámhatósági hozzájáruló határozat
- Törvényes örökös, mint Kedvezményezett megjelölése esetében az örökös megnevezését tartalmazó közjegyzői végzés

Állapotrosszabbodás esetén

- A kármegállapítás időpontja óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések iratai, dokumentumai
 - Országos Orvosi Rehabilitációs és Szakértői Intézet (OORSZI) orvosi bizottságának szakvéleményei
- (5) **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a fenti rendelkezésekben foglalt kötelezettségeket megsértik, és ezáltal lényeges körülmények válnak tisztázhatatlanná.**

17.§

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. A Biztosító akkor járulhat hozzá az éves biztosítási díj részletekben történő megfizetéséhez, ha azt a biztosítási termékterv megengedi, valamint ha a Szerződő kötelezettséget vállal a módozatban előírt pótdíjak megfizetésére. Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a folyó évi biztosítási díj részleteit még nem fizették meg, 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 összegét valamennyi szolgáltatásából levonhatja.

- (4) A ajánlat megtételekor esedékes a biztosítás első díja, melyet forint pénznemben kell megfizetni. A további biztosítási díjak minden egyes biztosítási időszak kezdőnapján válnak esedékessé.
- (5) A biztosítási díjak megfizetésének elhalasztása kizárólag a Biztosító előzetes írásbeli jóváhagyása alapján lehetséges a biztosítási szerződés évfordulójának időpontjára.
- (6) A Szerződő a biztosítási díjat saját veszélyére és költségére teljesíti a Biztosítónak.
- (7) 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.
- (8) Amennyiben a biztosítási díj, illetve díjelőleg bármely jogcímen a Szerződő részére visszafizetésre kerül, a visszautalandó összeget a Biztosító kizárólag forint pénznemben teljesítheti.

18.§

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 igénybevételének 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.

19. §

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 síelés, a síugrás, a bób, a síbób 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 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 őt érő szívinfarktus vagy szél-

hűdés 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.

20.§

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 22. §-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 (neurozis, pszichoneurozisz) 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.

21. §

A szolgáltatásra vonatkozó különleges rendelkezések

- (1) A Biztosító mentesül fizetési kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen
 - (a) a Biztosított, illetőleg a Szerződő
 - (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.

22.§ 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, testrészek teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége esetén:

egyik felső végtagonál	70%
egy kéznél	60%
egy hüvelykujjánál	20%
egy mutatóujjánál	10%
valamely másik ujjnál	5%
egyik alsó végtagonál	70%
egy lábnál	50%
egy nagylábujjánál	5%
valamely másik lábujjánál	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 elvesztett	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 elvesztett	45%
a szaglóérzék elvesztése esetén	10%
az ízlelő érzék elvesztése esetén	5%

- (b) A fent felsorolt szervek, testrészek (vagy érzék-szervi 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 igénybevételeének a joga is megilleti.
- (7) Ha ilyen esetben a végleges megállapítás alapján magasabb összegű rokkantsági szolgáltatás jár, mint amilyet 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.

23.§ A baleset kivizsgálására vonatkozó eljárási szabályok

- (1) A biztosítási szolgáltatások igénybevételehez a szolgáltatásra jogosult az alábbi kötelezettségek érvényesek:
- (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 belül 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 későbbi halált okozó balesetet korábban már bejelentették.
- (c) A Biztosítónak joga van ahhoz, hogy a holttestet a teljesítés érdekében, a hozzátartozó engedélyével megszemléltesse, felboncoltassa, szükség esetén exhumáltassa.
- (d) A balesetek bejelentésére szolgáló nyomtatványt, annak kézhezvételét követően haladéktalanul meg kell küldeni a Biztosítónak, ezen felül 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 megadhatta és a szükséges orvosi dokumentációt kiszolgáltatta. Ezt a meghatalmazást az ajánlata megtételével egyidejűleg adja meg az ajánlat hátoldalán fellelhető Zárónyilatkozatba foglaltnak.
- (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.

24. § 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 fogyatékoság mennyiben befolyásolta.
- (2) A Biztosított 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 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.

25. § 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.

26. § 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.

27. § Elévülés

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

28. § 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 titokkör 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 titkosszolgálati 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 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.

29. § Egyéb költségek

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

30. § 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.

31. § Az életbiztosításokat és balesetbiztosításokat 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.