



Tisztelt Ügyfelünk!

Megtisztelőnek érezzük, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Groupama Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaságot kereste meg.

Ezúton tájékoztatjuk Önt biztosítótársaságunk főbb adatairól, a biztosítással kapcsolatos titok- és adatvédelmi szabályokról, valamint azokról a lehetőségekről, amelyeket ügyfeleink jogaik és jogos érdekeik érvényesítése céljából igénybe vehetnek.

Biztosítónk főbb adatai

A **Groupama Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság** a francia Groupama csoport leányvállalata. 1990 óta működünk Magyarországon (2004. októberéig Európa Biztosító Rt. néven); cégjegyzékszámunk: 01-10-041540, adószámunk: 10507247-2-44. Székhelyünk és személyes ügyfélszolgálatunk: 1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.

Postacímünk: 1519 Budapest, Pf. 271

Központi telefonszámunk: (06-1) 279-4000,

Központi faxszámunk: (06-1) 361-0091,

Központi e-mail címünk: info@groupama.hu

Számos helyi irodával rendelkezünk az ország egész területén. Ezek címét, telefonszámát, valamint biztosítótársaságunk és termékeink részletesebb bemutatását megtalálja honlapunkon, a www.groupama.hu címen.

Felügyeleti szervünk a **Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete** (1535 Budapest, 114. Pf. 777., Telefon: (06-40) 203-776, www.pszaf.hu).

Titok- és adatvédelem

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 153.§-a értelmében a biztosítót titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésre álló adattal kapcsolatban, amely a biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására, vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ilyen, biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

A biztosító titoktartási kötelezettsége azonban a 2003. évi LX. törvény 157. §-a értelmében meghatározott szervezetekkel kapcsolatban nem áll fenn. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben továbbítani köteles, ügyfeleink erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is.

E szervezetek a következők: a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség; büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó; a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző; adóügyben az adóhatóság, ha annak felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat; a biztosító, a biztosításközvetítő, a szaktanácsadó, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselője, ezek érdekképviselői szervezetei, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal; a feladatkörében eljáró gyámhatóság; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóság; külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv; a viszontbiztosító, valamint kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó; a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztos.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság – a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2003. évi XV. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozóhatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésre is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az általa foganatosított korlátozó intézkedésekről az Európai Közösséget létrehozó szerződés 60. cikke alapján a pénzeszközök, egyéb vagyoni érdekek és gazdasági erőforrások tekintetében alkalmazandó korlátozó intézkedések tárgyában elfogadott rendeletek, illetve e rendeletek felhatalmazása alapján elfogadott rendeletek vagy határozatok alapján, vagy az Európai Uniót létrehozó szerződés 15. cikke alapján, a pénzeszközök, egyéb vagyoni érdekek és gazdasági erőforrások tekintetében alkalmazandó korlátozó intézkedések tárgyában elfogadott közös álláspontok alapján, az abban foglalt kötelezettség teljesítése érdekében tájékoztatja a minisztert.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatlany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét továbbá az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg; fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak; a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása, továbbá A biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben az összevont alapú felügyeletre és kiegészítő felügyeletre, A tőkepiacról szóló 2001. évi CXX. Törvényben, valamint a Hitelintézetekről és pénzügyi vállalkozásokról szóló 1996. évi CXII. Törvényben a kiegészítő felügyeletre vonatkozó szabályozásokban található rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

Ügyfeleink jogai

Számunkra a legfontosabb az elégedett ügyfél. Ezen célunk eléréséhez a legnagyobb segítséget hiányosságaink visszajelzésével kaphatjuk. Ezért kérjük, hogy amennyiben már létrejött szerződésével, vagy biztosító társaságunk működésével kapcsolatban bármilyen **kérése, kérdése vagy problémája** lenne, forduljon a biztosítás közvetítőjéhez, helyi irodánkhoz, vagy hívja a Groupama Biztosító központi, telefonos ügyfélszolgálatát a **(06-1) 279-4000**-es, helyi tarifával hívható számon.

Amennyiben minden erőfeszítésünk ellenére sem sikerült problémáját orvosolni, kérjük, forduljon írásban panaszokkal foglalkozó szervezeti egységünkhöz: **Groupama Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálat**, levélcím: 1519 Budapest, Pf. 271, fax: (06-1) 279-4144, e-mail: ugyfelszolgalat@groupama.hu

Felhívjuk továbbá szíves figyelmét, hogy panaszt nyújthat be felügyeleti szervünkhöz is; a fogyasztók védelméről szóló 1997. évi CLV. törvény 18. §-a alapján fogyasztói jogainak érvényesítése érdekében igénybe veheti békéltető testület eljárását; valamint jogait bírósági úton is érvényesítheti azzal, hogy az Ön biztosítási szerződésére a mindenkor hatályos **magyar jogszabályok** és a mindenkor érvényes adózással kapcsolatos szabályok (SZJA 1995. évi CXVII. tv. 42. §, 65. § és 1., 7. mellékletei, 2003. évi XCII. tv. (ART) és módosításai) rendelkezései az irányadók.

Az Őrangyal baleset-biztosítás főbb jellemzői

Engedje meg, hogy néhány szóban bemutassuk azt a biztosítást, amely az Ön érdeklődését felkeltette. Ez az ügyféltájékoztató, amit Ön most a kezében tart, nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, pusztán bővebb előzetes tájékoztatásul szolgál.

Az **Őrangyal baleset-biztosítás** társaságunk egyik legnépszerűbb baleset-biztosítási terméke, ügyfeleink körében úgy szolgáltatásait, mint díját tekintve elégedettséget váltott ki.

A biztosítási események, amelyek bekövetkezte esetén társaságunk szolgáltatást nyújt, a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bizonyíthatóan heveny balesetből eredő

- 10%-ot meghaladó mértékű állandósult testi kára,
- halála,

- szakorvosilag indokolt és szükséges - a szerződő által megválasztott önrész napok számától függően - 0, 4, 7, illetve 9 napot meghaladó folyamatos, az igazolt balesettel oksági összefüggésben baleseti sebészeti osztályon történt kórházi gyógykezelésének indokolt időszaka,
 - szakorvosilag dokumentált és szükséges - szerződési feltételek szerinti - műtété,
 - szakorvos által igazolt - a szerződő által választott önrész napok számától függően - 9, illetve 14 napot meghaladó keresőképtelensége,
 - csonttörése, csontrepedése,
 - égési sérülése, illetve közlekedési balesete,
- azzal a kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

A biztosító szolgáltatásai a következők: a biztosított baleseti eredetű

- állandósult 11-100%-os testi kára esetén a biztosító az aktuális biztosítási összeget fizeti ki,
- halála esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 50%-át fizeti ki,
- szakorvosilag indokolt és szükséges - a szerződő által megválasztott önrész napok számától függően - 0, 4, 7, illetve 9 napot meghaladó fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelése esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 0,5%-ának megfelelő összegű napi térítést nyújt a biztosított részére,
- szakorvosilag indokolt és a balesettel oki összefüggésben szükséges
 - I. csoportba tartozó műtété esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 2%-át,
 - II. csoportba tartozó műtété esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 5%-át,
 - III. csoportba tartozó műtété esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 10%-át,
 - kiemelt műtété esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 20%-át,
 - replantáció (a csonkolt, testtől elvált végtag részek, ujjak visszavarrásának műtétei) esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 30%-át fizeti ki a biztosító,
- szakorvos által igazolt, - a szerződő által választott önrész napok számától függően - 9, illetve 14 napot meghaladó keresőképtelensége esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 0,1%-ának megfelelő összegű napi térítést nyújt a biztosított részére,
- csonttörése, csontrepedése esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 1,5%-át fizeti ki, továbbá
- amennyiben a biztosítási esemény a biztosított balesetből eredő égési sérülésének, illetve közlekedési balesetének következménye, a biztosító az egyes biztosítási szolgáltatásokra megállapított aktuális biztosítási összegek kétszeresét fizeti ki. A többletkifizetés csak azokra a biztosítási szolgáltatásokra vonatkozik, melyeknek biztosítási díját a szerződő megfizette.

A szolgáltatások teljesítésének módja, ideje: a biztosítási eseményt társaságunkhoz a bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül írásban be kell jelenteni. A szolgáltatáshoz szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül a biztosító kifizeti a biztosítottnak, illetve a kedvezményezettnek az öt megjelölt összeget.

A biztosítás határozatlan tartamú, a biztosítási tartam a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón véget ér. A szerződés úgy jön létre, hogy Ön ajánlatot tesz, amelyet társaságunk elbírál. Döntésünket az ajánlat átadásától számított 15 napon belül kell meghoznunk. Ha a rendelkezésünkre álló kockázatelbírálási határidőn belül nem nyilatkozunk, az az ajánlat hallgatóságos elfogadását jelenti. Az ajánlat elfogadása után a kötvényt rövid időn belül kiadjuk. A biztosítási tartam kezdete az ajánlat aláírása és a biztosító vagy képviselője részére történő átadása - az ajánlattétel - hónapjának első napján 0 órakor kezdődik, ha a felek másként nem állapodnak meg.

A biztosító kockázatviselése az azt követő napon 0 órakor kezdődik, amikor a szerződő fél az első biztosítási díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizeti, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára beérkezettnek kell tekinteni. A biztosítási évforduló a naptári évnek mindig azon napja, amikor a biztosító kockázatviselése megkezdődött.

Az egyes kockázati elemek biztosítási díjának nagysága függ a biztosított egészségi állapotától, a biztosítási összeg nagyságától és a díjfizetés gyakoriságától. A szerződő által fizetendő biztosítási díj az egyes kockázati elemek biztosítási díjának összege. Ha a biztosított az átlagosnál veszélyesebb tevékenységet folytat (ideértve mind a munkavégzésre irányuló, mind a szabadidőben folytatott tevékenységet), a biztosító a díjszabásban meghatározott esetekben és mértékben - tekintettel a nagyobb kockázatra - **magasabb díjat állapít meg.** Ha a biztosító által - az azonos biztosítási eseményt tartalmazó szerződések alapján - teljesített szolgáltatások összege tartósan (két egymást követő naptári évben) meghaladja azt az összeget, amellyel a biztosító a biztosítás díjának megállapításakor a módozat díjkalkulációjában előre számolt, a biztosító az egyes konkrét szerződésekre vonatkozóan - a következő biztosítási évforduló első napjától - **módosíthatja a fizetendő díj mértékét** anélkül, hogy a biztosítási szolgáltatás mértéke változna. A biztosítási díj konkrét mértékéről üzletkötőink, hálózati egységeink részletes felvilágosítással szolgálnak. A biztosítás díját Ön végig a biztosítás tartama alatt fizeti meg (ún. folyamatos díjfizetés). A díjfizetés történhet csoportos beszedési megbízással, csekken vagy átutalással, vagy számla alapján. A biztosítási díj minden biztosítási évfordulón előre esedékes, azonban tetszése szerint választhat havi, negyedéves vagy féléves díjfizetési gyakoriságot is.

A biztosítási díj - és ezzel azonos arányban a biztosítási összeg - minden évben a biztosítási évfordulón azonos mértékben emelkedik. Az értékkövetés alapja a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévben hivatalosan közzétett, a megelő-

ző évre vonatkozó éves fogyasztói árindex, azzal a kikötéssel, hogy a biztosító ettől az árindex +/- 10 százalékának megfelelő mértékkel eltérhet. Amennyiben a szerződő az értékkövetés során módosult biztosítási díjjal a szerződést nem kívánja fenntartani, akkor azt a biztosítási évfordulóra - 30 napos felmondási idővel - írásban felmondhatja.

Társaságunk **mentesül** a biztosítási összeg kifizetése alól,

- ha a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye, illetőleg
- ha a biztosítási esemény a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetve a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott, továbbá
- ha olyan lényeges körülmények ismeretlenek maradnak, melyek hiányában a baleseti definícióban megfogalmazottak nem bizonyíthatók.

A biztosító kötelezettsége nem áll be a közlési kötelezettség megsértése esetén (ha a szerződéskötéskor feltett kérdésekre Ön nem a valóságnak megfelelően válaszol), kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt társaságunk a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

Továbbá a **biztosító nem teljesít szolgáltatást**, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak

- harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétele miatt,
 - szándékosan elkövetett, két évnél több szabadságvesztéssel büntetendő büntette folytán, vagy azzal okozati összefüggésben,
 - nem menetrendszerűen közlekedő légi járművön történő utazása során,
 - orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
 - ittas vagy kábító-, illetve bódítószerek hatása alatti állapota miatt,
 - elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,
 - hivatásszerűen gyakorolt sporttevékenysége kapcsán, vagy
 - atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe), vagy
 - jogosítvány nélküli gépjárművezetése miatt
- következett be, illetve
- a biztosított a baleset bekövetkeztekor KRESZ-szabályt is sértett,
 - a biztosított balesete a szervezett diáksport- és tömegsport-tevékenység közben történt baleset (sportbaleset) következménye,
 - mindazon üzleti elváltozások (sérülésként dokumentált állapotok) esetén, melyek miatt feltárás nélküli csőtükrözésre kerül sor, még abban az esetben is, ha a későbbiekben a csőtükrözést az üzlet feltárása követi.

Nem teljesít a biztosító szolgáltatást, ha orvosszakmai adatokkal nem bizonyított a baleset és a kialakult elváltozás közötti közvetlen ok-okozati összefüggés, vagy ha a sérült az indokolt, a balesettel összefüggésben előírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat, és ezzel gyógyulását akadályozta, vagy ha a baleset ténye és az ezzel okozati összefüggésben elvégzett diagnosztikus és terápiás eljárások nem az Egészségügyi Törvényben meghatározottak szerint vannak dokumentálva, vagy ha a sérülésnek, mint heveny kórképnek az akut vizsgálatára, majd ellátására a szakma szabályai által elvárt módon nem, vagy csak indokolatlanul halasztott módon kerül sor.

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek és testrészek a biztosító kockázatviseléséből ki vannak zárva. Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulások különböző formái, a fagyás, a napszúrás, a hóguta, a vízbefúlás, a csigolyák közötti porckorong elváltozása, a fogkorona törése, a sérvesedések, a nem baleseti eredetű vérzések, továbbá mindazon kórképek, melyek az ortopéd jellegű degeneratív elváltozások körébe tartoznak.

A biztosítási szerződés bármelyik fél részéről a biztosítási évfordulóra, azt 30 nappal megelőzően, írásban **felmondható**.

A szerződés a következők miatt **szűnhet meg**:

- a biztosított 65. életévének betöltésével,
- díjnemfizetés miatt,
- felmondással,
- a biztosított tartamon belüli halálával (baleseti eredet esetén a biztosítási összeg kifizetését követően).

A biztosítási szerződés **maradékjogokkal nem rendelkezik**, azaz a szerződés nem vásárolható vissza, és a díj nem fizetés miatti díjmentesítésre sincs mód.

A mindkét fél megelégedésére szolgáló kapcsolat reményében

Groupama Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Őrangyal baleset-biztosítás általános szerződési feltételei



1. A jelen általános baleset-biztosítási szerződési feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket a Groupama Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleset-biztosítási szerződésekre alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték meg.

A biztosítási szerződés alanyai

2. A szerződő az, aki a szerződés megkötésére ajánlatot tett, és aki a biztosítási díj megfizetésére köteles.
3. A biztosított a szerződő által a biztosítási ajánlatban megnevezett személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.

Biztosított lehet minden 18 és 64 év közötti belépési korú természetes személy. A szerződéskötéskor a biztosított belépési korát úgy kell megállapítani, hogy a biztosítási tartam kezdetének évszámából le kell vonni a biztosított születésének évszámát.

A szerződés létrejötte

4. A biztosítás megkötését a szerződő a biztosító által rendszeresített ajánlati formanyomtatvány és egészségi nyilatkozat kitöltésével kezdeményezi. A biztosító egyedi esetekben orvosi vizsgálat elvégzését is előírhatja. Az orvosi vizsgálat költségét a biztosító viseli.
5. A biztosított az ajánlattételkor vállalja, hogy szükség esetén nyilatkozatot ad a biztosítónak arról, hogy
 - a) a biztosítóval szemben felmenti a vizsgálatát vagy kezelését végző orvost az orvosi titoktartás kötelezettsége alól, és felhatalmazza őt, hogy a biztosítónak az általa végzett kezelésekről a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges felvilágosítást megadja;
 - b) hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító felvilágosítást szerezzen a biztosítási szerződés megkötése előtt fennállt betegségeinek kezelésével kapcsolatban kezelőorvosától vagy az őt kezelő egészségügyi szervtől. A felmentés indokolt esetben jogszabályi keretek között kiterjed az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, az Országos Orvosszakértői Intézet és a Megyei Egészségbiztosítási Pénztár szervezeti egységeivel történő kapcsolat felvételére is, amennyiben az adott baleseti esemény teljeskörű elbírálása ezt szükségessé teszi.
6. A szerződés a szerződő felek írásbeli megállapodásával jön létre. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja.
7. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője ré-

szére történő átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre.

8. A biztosító az ajánlatot a részére történő átadástól számított 15 napon belül írásban elutasíthatja. Az elutasítást nem köteles megindokolni.
9. Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ezt a rendelkezést a lényeges eltérésekre - ideértve különösen azt az esetet, amikor a biztosító bizonyos testrész(ek)e) kockázatviseléséből kizár, illetve a kockázat elbírálása alapján az ajánlatban rögzítetthez képest emelt díjat határoz meg - csak akkor lehet alkalmazni, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a kötvény kiszolgáltatásakor írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
10. A baleset-biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződést nem ő köti meg - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis. Ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni.

A szerződés hatályba lépése

11. A szerződés hatálybalépésével kezdődik a biztosító kockázatviselése. Ha a felek másképp nem állapodnak meg, a biztosítás az azt követő napon 0 órakor lép hatályba, amikor
 - a szerződő az első biztosítási díjat vagy díjrészletet a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, vagy
 - a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, vagy
 - a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.

Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizette, azt legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

Díjhalasztás esetén a hatálybalépés időpontja (a kockázatviselés kezdete) az ajánlat aláírását követő nap 0 órája, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

Amennyiben a felek díjhalasztás nélkül, írásban úgy állapodnak meg, hogy a kockázatviselés kezdete az ajánlat aláírását követő nap 0 órája, a szerződés létrejöttén túlmenően a hatályba lépés feltétele, hogy az első díj (díjrészlet) a biztosító számlájára az ajánlat aláírásától számított 15 napon belül beérkezzen.

A biztosítási időszak, a biztosítás tartama és a biztosítási évforduló

- 12.** A biztosítási időszak egy év. A biztosítási időszak és egyben a tartam az ajánlat aláírása és a biztosító vagy képviselője részére történő átadása - az ajánlattétel - hónapjának első napján 0 órakor kezdődik, ha a felek másként nem állapodnak meg.
- 13.** A biztosítás határozatlan tartamú. A biztosítási tartam a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulón véget ér.
- 14.** A biztosítás évfordulója a biztosítási tartamon belül a naptári évnek mindig azon napja, amikor az első biztosítási időszak megkezdődött.

A biztosítás területi és időbeli hatálya

- 15.** A biztosító kockázatviselése kiterjed a Földön bárhol bekövetkezett biztosítási eseményre, és a biztosítás tartamán belül a nap 24 órájában fennáll.

Értékkövetés

- 16.** Az értékkövetés a biztosítás díjának és a biztosítási összegnek - a kárgyakoriságtól függetlenül - az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása. A jelen szerződési feltételek értelmében a biztosítás értékállósága érdekében a biztosítási összeg és a biztosítási díj a biztosítási évfordulón azonos arányban emelkedik.
- 17.** Az értékkövetés mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által a tárgyévben hivatalosan közzétett, a megelőző évre vonatkozó éves fogyasztói árindex azzal a kikötéssel, hogy a biztosító ettől az árindex +/- 10 százaléknak megfelelő mértékkel eltérhet.
- 18.** A biztosító a tárgyévi biztosítási évforduló előtt legalább 45 nappal írásban értesíti a szerződőt az értékkövetés mértékéről és a biztosítási évforduló napjától érvényes biztosítási összegről, valamint a biztosítási díjról.
- 19.** Ha a szerződő az értékkövetés során emelt biztosítási díjjal a szerződést nem kívánja fenntartani, akkor a szerződést a biztosítási évfordulóra - 30 napos felmondási idővel - írásban felmondhatja. Egyébként a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulótól kezdődő hatállyal az értékkövetés során emelt biztosítási díjjal és biztosítási összeggel marad érvényben.

A biztosítás díja és a biztosítási időszak

- 20.** A biztosítás díja a különös szerződési feltételekben meghatározott kockázati elemenként a díjszabás alapján a biztosítási összegtől és a díjfizetés gyakoriságától függően megállapított forintérték. A szerződő által fizetendő biztosítási díj az egyes kockázati elemek díjának összege, a 21. és 23. pontban foglaltakra is figyelemmel.
- 21.** Ha a biztosított az átlagosnál veszélyesebb tevékenységet folytat (ideértve mind a munkavégzésre irányuló foglalkozását, mind a szabadidőben folytatott tevékenységet is), a biztosító a díjszabásban meghatározott esetekben és mértékben - tekintettel az átlagosnál nagyobb kockázatra - magasabb díjat állapít meg. Ha a szerződés hatálya alatt a biztosított foglalkozása meg-

változik (melyre vonatkozóan jelen feltételek 30. pontja értelmében közlési kötelezettsége áll fenn), és ezáltal más kockázati csoportba kerül, akkor a díj a változás bejelentését követően a díjesedékesség időpontjától ennek megfelelően módosul.

- 22.** A szerződő a szerződéskötéskor éves, féléves, negyedéves vagy havi részletekben való díjfizetést választhat (díjfizetési gyakoriság). A biztosító a szerződés megkötésekor jogosult minimális gyakoriság szerinti biztosítási díjat meghatározni.
- 23.** A biztosítási időszak egy év. A biztosító a biztosítási díjat az egyéves biztosítási időszakra állapítja meg. A biztosítás első díját az ajánlattételkor kell megfizetni, minden későbbi díj pedig annak a - felek megállapodása szerinti évi, félévi, negyedévi vagy havi - időszaknak az első napján esedékes, amelyre az vonatkozik.

Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító követelheti az egész évre járó díj megfizetését. A biztosító e követelését oly módon érvényesíti, hogy az egész évre járó díjat a biztosítási szolgáltatás összegéből levonja.

- 24.** Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az esedékességtől számított 30 napig viseli, amely idő alatt a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. Az elmaradt díj esedékességétől számított 30 nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizetik meg, és a szerződő ezen 30 napon belül halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette.

Halasztott első díj esetén a biztosítás a halasztott első díj befizetésére megállapított határidő lejártától számított 30 nap elteltével szűnik meg díjnemfizetés miatt.

- 25.** A már esedékessé vált és a biztosítónak meg nem fizetett biztosítási díjat a biztosító a biztosítási szolgáltatás összegéből levonja.

A szerződés díjának módosítása a kockázati körülmények változása miatt

- 26.** A szerződő felek megállapodnak, hogy a biztosító valamennyi, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött baleset-biztosítási szerződés vonatkozásában évente felülvizsgálja az általa kalkulált (várt) és a ténylegesen nyújtott biztosítási szolgáltatásokat.
- 27.** Ha a biztosító által - az azonos biztosítási eseményt tartalmazó szerződések alapján - teljesített szolgáltatások összege tartósan (két egymást követő naptári évben) meghaladja azt az összeget, amellyel a biztosító a biztosítás díjának megállapításakor a termék díjkalkulációjában előre számolt, a biztosító az egyes konkrét szerződésekre vonatkozóan - a következő biztosítási évforduló első napjától - módosíthatja a szerződő által fizetendő díj mértékét anélkül, hogy a biztosítási szolgáltatás mértéke változna.
- 28.** A biztosító a díjmódosításról a biztosítási évforduló előtt 45 nappal írásban értesíti a szerződőt.
- 29.** Ha a szerződő a 28. pont szerinti értesítésben foglalt díjat nem fogadja el, a szerződést a biztosítási évfordulóra - 30 napos felmondási idővel - írásban felmondhatja.

Közlési és változás bejelentési kötelezettség

30. A szerződő és a biztosított köteles a szerződéskötéskor, majd azt követően a szerződés tartama alatt a biztosítóval a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülményt és ezek változását, amelyre a biztosító a szerződéskötéskor írásban kérdést tett fel, és amelyet a szerződő vagy a biztosított ismert, vagy ismernie kellett. A biztosított köteles a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé tenni. A biztosított köteles 15 napon belül bejelenteni a szerződés tartama alatt foglalkozásában bekövetkező változást.

31. Az orvosi vizsgálat nem mentesíti a biztosítottat közlési kötelezettsége alól.

32. A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy a be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

33. A közlési, illetőleg a változásbejelentési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli, egyikük sem védekezhet olyan körülmény vagy változás nem tudásával, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni vagy neki bejelenteni, noha arról tudnia kellett, és így azt közölni, illetőleg bejelenteni köteles lett volna.

34. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, tizenöt napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot a szerződési feltételek értelmében nem vállalhatja - a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

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 biztosító a módosító javaslat megtételekor figyelmezteti.

Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

A biztosító szolgáltatása

35. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási eseménynek a biztosítás hatálya alatti bekövetkezte esetén az akkor aktuális biztosítási összeget fizeti ki a biztosítottnak, halála esetén pedig a halál esetére megnevezett kedvezményezettnek.

36. A szerződő által választható kockázati elemeket a különös szerződési feltételek tartalmazzák. A szerződés a baleset következtében kialakult állandósult testi kár és a baleseti eredetű halál kockázati elemét minden esetben kell, hogy tartalmazza, a további kockázati elemek pedig a szerződő által külön-külön és együttesen is, tettesz szerinti variációban választhatók. A szerződő által választott kockázati elemeket a biztosítási szerződés tartalmazza.

37. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő felek a biztosítási szerződésben rögzítik. Az aktuális biztosítási összeg az értékkövetés (lásd a 16. pontot) folytán emelkedett, az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg.

38. Ha a biztosított foglalkozása a kockázatviselési időszakban megváltozik, s ezáltal a díjszabás szerint más kockázati csoportba kerül, de a biztosított a változást a baleset bekövetkezte előtt nem jelenti be, akkor minden egyes kockázati elem biztosítási összege - a szerződéssel (biztosítással) történt más megállapodás hiányában - aszerint módosul, ahogy az új foglalkozásának a díjszabás szerinti díja a régi foglalkozása szerint megállapított díjhoz aránylik.

A baleset fogalma

39. A jelen feltételek szerint balesetnek a biztosított akaratán kívül hirtelen bekövetkező olyan külső behatás minősül, melynek következtében a biztosított szervezete a kockázatviselési időszakban heveny módon, orvosszakmailag igazoltan

- múltékony sérülést szenved, vagy
- legkésőbb egy éven belül meghal, vagy
- legkésőbb két éven belül állandósult testi kára alakul ki.

40. A jelen feltételek szerint nem minősül balesetnek a megemelések, a rándulások különböző formái, a fagyás, a napszúrás, a hóguta, a vízbefúlás, a csigolyák közötti porckorong elváltozása, a fogkorona törése, a sérvesedések, a nem baleseti eredetű vérzések, továbbá mindazon kórképek, melyek az ortopéd jellegű degeneratív elváltozások körébe tartoznak.

A biztosító mentesülése

41. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítási esemény

- a kedvezményezett szándékos magatartásának következménye,
- a biztosított olyan balesetével függ össze, amelyet jogellenesen a biztosított, a szerződő vagy a szerződővel, illetőleg a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozott, továbbá
- ha olyan lényeges körülmények ismeretlenek maradnak, melyek hiányában a baleseti definícióban megfogalmazottak nem bizonyíthatók.

Kizárások

42. A biztosító nem teljesít szolgáltatást, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak

- harci eseményekben, háborús vagy polgárháborús cselekményekben, felkelésben, lázadásban, zavarásban való részvétele miatt,
- szándékosan elkövetett, két évnél több szabadságvesztéssel büntetendő bűntette folytán, vagy azzal okozati összefüggésben,
- nem menetrendszerűen közlekedő légi járművön történő utazása során,
- orvosi javaslat nélküli vagy nem az előírt adagolásban való gyógyszereszedése miatt,
- ittas vagy kábító-, illetve bódítószerek hatása alatti állapota miatt, elme- vagy tudatzavarával, bármilyen okú eszméletvesztésével, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben,

- hivatásszerűen gyakorolt sporttevékenysége kapcsán,
- atommag szerkezeti módosulása, illetőleg radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás hatása miatt (ha azt nem terápiás célból vette igénybe), vagy
- jogosítvány nélküli gépjárművezetése miatt következett be, illetve
- ha a biztosított a baleset bekövetkeztekor KRESZ-szabályt is sértett,
- ha a biztosított balesete szervezett diáksport- és tömegsport-tevékenység közben történt baleset (sportbaleset) következménye,
- mindazon izületi elváltozások (sérülésként dokumentált állapotok) esetén, melyek miatt feltárás nélküli csőtűkröztésre kerül sor, még abban az esetben is, ha a későbbiekben a csőtűkröztést az izület feltárása követi.

43. Nem teljesít a biztosító szolgáltatást, ha

- orvosszakmai adatokkal nem bizonyított a baleset és a kialakult elváltozás közötti közvetlen ok-okozati összefüggés,
- a sérült az indokolt, a balesettel összefüggésben előírt orvosi kezelésnek nem vetette alá magát, vagy nem követte az orvosi utasításokat, és ezzel gyógyulását akadályozta,
- a baleset ténye, az ezzel okozati összefüggésben elvégzett diagnosztikus és terápiás eljárások nem az Egészségügyi Törvényben meghatározottak szerint vannak dokumentálva,
- a sérülésnek, mint heveny kórképnek az akut vizsgálatára, majd ellátására a szakma szabályai által elvárt módon nem, vagy csak indokolatlanul halasztott módon kerül sor.

44. A baleset előtt már károsodott, nem ép szervek és testrészek a biztosító kockázatviseléséből ki vannak zárva.

45. Hivatásszerűen gyakorolt sporttevékenységnek minősül, ha a biztosított sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói igazolvánnyal.

A biztosító teljesítése

46. A biztosítási eseményt a bekövetkezésétől számított 8 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak, meg kell adni a szükséges felvilágosításokat, továbbá csatolni kell a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges iratokat, továbbá lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

47. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő, illetőleg a biztosított a 46. pontban foglalt kötelezettségeinek nem tesz eleget, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

48. A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratok bemutatása szükséges:

- a biztosítási kötvény,
- a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok (pl. szakorvosi vagy hatósági bizonyítvány stb.),
- halál esetén a halotti anyakönyvi kivonat és a halál okát igazoló szakorvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- baleset következtében kialakult testi kár esetén az azt igazoló teljeskörű szakorvosi dokumentumok,

- hatósági eljárás esetén a biztosítási esemény körülményeit igazoló határozat,
 - a szolgáltatás igénybevételére jogosult személyazonosságát igazoló okirat, valamint
 - minden olyan más, a biztosító által kért dokumentum, amely a biztosítási szolgáltatás iránti igény igazolásához szükséges,
- továbbá
- az izületek igazolt baleseti eredetű, műtéti feltárással járó porckárosodása esetén a biztosítási esemény és a szolgáltatási igény elbírálásához a biztosító részére be kell mutatni a sérült anatómiai képlet eltávolításra került részének szövettani vizsgálati eredményét és a teljes körű szakorvosi dokumentációt.

49. A biztosító megvizsgálja a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán benyújtott dokumentumok tartalmát, valamint szükség esetén felülvizsgálja a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot. A biztosított vállalja, hogy aláveti magát a biztosító orvosa által végzett vizsgálatnak. Amennyiben a biztosított a vizsgálatra nem hajlandó, a biztosító orvosa a rendelkezésére álló iratok alapján dönt.

50. Egyedi esetekben a biztosító külső orvos szakértőt is felkérhet véleményadásra.

51. A biztosító az aktuális biztosítási összeget a szolgáltatás iránti igény igazolásához szükséges utolsó irat, okmány kézhezvételét követő 15 napon belül fizeti ki az arra jogosultnak. A biztosítási szolgáltatás teljesítésének (a biztosítási összeg kifizetésének) minősül a postán keresztül történő utalás és a banki átutalás is.

A biztosítási szerződés megszűnése

52. A biztosító kockázatviselése a biztosítási tartam utolsó napján 24 órakor, vagy a szerződés korábbi megszűnése esetén a megszűnés napján 24 órakor ér véget.

53. A biztosítás megszűnik:

- a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval (lásd a 13. pontot),
- díjnemfizetés miatt (lásd a 24. pontot),
- felmondással (lásd a 19., 29., 34. és 54. pontokat),
- a biztosított tartamon belüli halálával (baleseti eredetű halál esetén, a biztosítási összeg kifizetését követően).

54. A szerződés bármelyik fél részéről a biztosítási évfordulóra, azt 30 nappal megelőzően, írásban felmondható.

Egyéb rendelkezések

55. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt bekövetkezett címváltozását (tartózkodási hely és lakóhely változását) a biztosítónak 15 napon belül bejelenteni. A bejelentés elmulasztása esetén a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

56. A biztosító üzletkötője kizárólag az ajánlatok és a díjak átvételére jogosult. Az üzletkötő szerződéskötésre nem jogosult, és a szerződő (biztosított) jognyilatkozatot nem intézhet hozzá érvényesen.

57. A biztosítóhoz intézett jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban teszik, és a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

- 58.** A biztosítónak a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozata abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor a posta azt az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételt az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett igazolhatóan megtagadta.
- 59.** A biztosítási díj azon a napon tekintendő megfizetettnek, amikor az a biztosító pénztárába vagy számlájára megérkezik. Ha a díjat a biztosító képviselőjének (üzletkötőjének) fizették, a 11. pont szabályai az irányadók.
- 60.** A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékeségtől számított két év elteltével elévülnek.
- 61.** A biztosítással összefüggő iratokat, valamint a biztosító által végeztetett orvosi vizsgálatok leleteit a biztosító jogosult megőrizni.
- 62.** A biztosító és a szerződő fél között a jelen feltételek alapján létrejött szerződésre az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok ide vonatkozó rendelkezései az irányadók.

Adatkezelés, titoktartás

- 63.** Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 155. §-a értelmében a biztosító, ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a fenti törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

Különleges – különösen az ügyfél egészségi állapotával összefüggő – személyes adatok kezeléséhez, illetőleg a személyes adatok külföldi adatkezelőhöz történő továbbításához az ügyfél írásbeli hozzájárulása szükséges. A biztosító, a biztosítás közvetítője, illetve a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző személy vagy szervezet a tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettség alól az érintett ügyféltől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott.

- 64.** (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn – ezért a biztosító a biztosítási titoknak minősülő adatokat az ügyfél hozzájárulása nélkül is továbbíthatja –
- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
 - büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
 - a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelületi feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
 - a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvéő biztosítóval,
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
 - fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a), j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.
- (2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- (3) A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haldéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- kábítószer-kereskedelemmel,
 - terrorizmussal,
 - illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
 - a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.
- (4) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az általa foglaltatott korlátozó intézkedésekről
- az Európai Közösséget létrehozó szerződés 60. cikke alapján a pénzeszközök, egyéb vagyoni érdekek és gazdasági erőforrások tekintetében alkalmazandó korlátozó intézkedések tárgyában elfogadott

rendeletek, illetve e rendeletek felhatalmazása alapján elfogadott rendeletek vagy határozatok,

- b) az Európai Uniót létrehozó szerződés 15. cikke alapján, a pénzeszközök, egyéb vagyoni érdekek és gazdasági erőforrások tekintetében alkalmazandó korlátozó intézkedések tárgyában elfogadott közös álláspontok alapján, az abban foglalt kötelezettség teljesítése érdekében tájékoztatja a Pénzügyminisztériumot.

65. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a tőkepiacról szóló 2001. évi CXX. Törvény (Tpt.) XIX/B. fejezetében, valamint a hitelintézetekről és pénzügyi vállalkozásokról szóló 1996. évi 112. törvény (Hpt.) XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli (nem EU tagállambeli) biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

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

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

Az ügyfél a saját személyes, nyilvántartott adatairól jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

66. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes

adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával kapcsolatos adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell. A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 64. pont (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a (3) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaknácsadó a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaknácsadó köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

Groupama Biztosító
Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Társaságunk székhelye:
H-1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.

Őrangyal baleset-biztosítás különös szerződési feltételei



1. A Groupama Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött baleset-biztosításra a jelen különös szerződési feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Őrangyal egyéni baleset-biztosítás általános szerződési feltételeiben foglaltak az irányadók.

A biztosítási esemény

2. A jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban az Őrangyal baleset-biztosítás általános szerződési feltételeiben foglaltak szerint bizonyítható balesetéből eredően,
 - a) a baleset bekövetkeztétől számított két éven belüli, 10%-ot meghaladó mértékű állandósult testi kára,
 - b) a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála, továbbá
 - a szerződő választása szerint - a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkező balesetéből eredő
 - c) szakorvosilag indokolt és szükséges - a szerződő által megválasztott önrész napok számától függően - 0, 4, 7, illetve 9 napot meghaladó folyamatos, az igazolt balesettel oksági összefüggésben baleseti sebészeti osztályon történt kórházi gyógykezelésének indokolt időszaka (azonban legfeljebb az adott káresetre vonatkozó OEP által finanszírozott napok száma), a kezelés megkezdésétől annak befejezéséig (legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 90. napig),
 - d) szakorvosilag bizonyított és szükséges, a jelen feltételek szerinti műtéte,
 - e) szakorvos által igazolt - a szerződő által választott önrész napok számától függően - 9, illetve 14 napot meghaladó folyamatos keresőképtelensége (legfeljebb azonban a keresőképtelenség kezdetétől számított 100. napig),
 - f) radiológiai lelettel, szükség esetén felvétellel igazolt csonttörése, csontrepedése,
 - g) égési sérülése, illetve közlekedési balesete.

A biztosítási eseményhez vezető balesetnek és az ezzel bizonyítottan okozati összefüggésben bekövetkező biztosítási eseménynek is a kockázatviselési időszakban kell bekövetkeznie.

A biztosító szolgáltatása, és a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja

3. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében a következő biztosítási szolgáltatásokra vállal kötelezettséget.
 - a) A biztosított baleset következtében kialakult, állandósult
 - teljes, 100%-os testi kára esetén a biztosító az aktuális biztosítási összeget,
 - 11%-99% közötti testi kára esetén a biztosító az aktuális biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki.
 - b) A biztosított baleseti eredetű halála esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 50%-át fizeti ki.

4. A biztosító az egyes további, a szerződő által választott és a szerződésben rögzített kockázati elemek után járó biztosítási díj megfizetése ellenében a következő szolgáltatásokra vállal kötelezettséget.

- a) A biztosított baleset miatti, szakorvosilag indokolt és szükséges - a szerződő által megválasztott önrész napok számától függően - 0, 4, 7, illetve 9 napot meghaladó, baleseti sebészeti osztályon történő fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelése esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 0,5%-ának megfelelő összegű napi térítést nyújt a biztosított részére.
- b) A biztosított szakorvosilag bizonyított és indokolt, a balesettel okozati összefüggésben szükséges, a jelen feltételek szerinti
 - I. csoportba tartozó műtéte esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 2%-át,
 - II. csoportba tartozó műtéte esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 5%-át,
 - III. csoportba tartozó műtéte esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 10%-át, továbbá
 - kiemelt műtéte esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 20%-át,
 - replantáció (a csonkolt, testtől elvált végtag részek, ujjak visszavarrásának műtétei) esetén az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 30%-át fizeti ki a biztosító.
- c) A biztosított baleset következtében kialakult, - a szerződő által választott önrész napok számától függően - 9, illetve 14 napot meghaladó, szakorvos által igazolt keresőképtelensége esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 0,1%-ának megfelelő összegű napi térítést nyújt a biztosított részére.
- d) A biztosított balesetből eredően bekövetkező csonttörése, csontrepedése esetén a biztosító az állandósult teljes, 100%-os testi kár esetére megállapított aktuális biztosítási összeg 1,5%-át fizeti ki.
- e) Amennyiben a biztosítási esemény a biztosított balesetből eredő égési sérülésének, illetve közlekedési balesetének következménye, a biztosító az egyes biztosítási szolgáltatásokra megállapított aktuális biztosítási összegek kétszeresét fizeti ki. A többletkifizetés csak azokra a biztosítási szolgáltatásokra vonatkozik, melyeknek biztosítási díját a szerződő megfizette.

5. A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult. A biztosított baleseti eredetű halálára szóló kockázati elem tekintetében a 12. pont rendelkezései alkalmazandók.

6. A szolgáltatási igény esedékességének időpontja:
 - azonnali halál, illetve végtagok, szervek azonnali elvesztése vagy csonttörés, csontrepedés esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének napja,

- később bekövetkezett - egy éven belüli - halál esetén az elhalálozás napja,
- állandósult, teljes vagy részleges testi kár esetén a százalékos mérték orvosi megállapíthatóságának napja,
- folyamatos fekvőbeteg-gyógykezelés esetén – a szerződő által választott önrész napok számától függően – az első, az 5., a 8., illetve a 10. nap,
- műtét esetén a műtét napja,
- keresőképtelenség esetén - a szerződő által választott önrész napok számától függően - az 5., a 10., illetve a 15. nap.

Az egyes kockázati elemekre vonatkozó egyéb rendelkezések

A baleset következtében kialakult testi kár

7. A testi kár mértékét a biztosított foglalkozására tekintet nélkül, a jelen feltételekben rögzítettek, továbbá iránymutató táblázatok, illetve orvosszakértői indoklás alapján kell megállapítani.

Tájékoztató jelleggel néhány példa az állandósult baleseti kár lehetséges mértékére vonatkozóan:

- mindkét szem látóképességének elvesztése, mindkét felkar- alkar vagy kéz - elvesztése, mindkét comb elvesztése: 100%,
- mindkét lábszár elvesztése: 90%,
- jobbkezes jobb kezének, balkezes bal kezének elvesztése (csuklón alul): 65%,
- jobbkezes bal kezének, balkezes jobb kezének elvesztése (csuklón alul): 50%.

8. Az állandósult testi kár mértékét a fenti táblázatban felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén a kialakult állapotot követően, a szükséges iratok bemutatásától számított 15 napon belül, egyébként legkésőbb a balesetet követő 2 éven belül meg kell állapítani. A táblázatban fel nem sorolt esetekben az állandósult testi kár mértékét a biztosító baleseti sebész orvosszakértője állapítja meg, ideértve az egyes szervek, illetve végtagok olyan funkciócsökkenését, amely nem jár azok elvesztésével.

A testi kár mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem a szóban forgó baleseti eseménnyel oksági összefüggésben bekövetkezett állandósult testi kár mértékét kell értékelni.

A biztosító baleseti sebész orvosszakértőjének megállapítása a baleseti testi kár mértéke tekintetében más orvos szakértői testület döntésétől független.

9. Ha a biztosított az állandósult testi kárnak a biztosító orvosszakértője által megállapított mértékével nem ért egyet, a biztosított három tagú II. fokú (felülvizsgáló) orvosszakértői bizottsághoz fordulhat. A vizsgálat díját a biztosító kizárólag abban az esetben viseli, amennyiben a II. fokú orvosszakértői bizottság nagyobb mértékű testi kárt állapít meg, mint a biztosító orvosszakértője, vagy ha a vizsgálatot a biztosító kezdeményezte. Ezekben az esetekben a biztosítottat, illetőleg kísérijét - ha a kíséret szakorvosilag indokolt - költségtérítés (személyvonat II. osztály viteldíja) illeti meg a biztosított lakhelye és a vizsgálat helye között.

10. A baleset-biztosítás alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól.

11. Egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítottra vonatkozóan a baleset következtében kialakult állandósult testi kár térítése a 100%-os testi kár esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg.

A baleseti eredetű halál

12. A biztosított baleseti eredetű halála esetén esedékes szolgáltatásra a kedvezményezett az a szerződő által megjelölt személy, aki a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás igénybevételére jogosult.

A kedvezményezett jogi személy is lehet. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási esemény bekövetkezése előtt más kedvezményezettet is megnevezhet. A kedvezményezett kijelöléséhez, illetőleg a kedvezményezés megváltoztatásához - ha nem a biztosított a szerződő fél - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal (illetőleg a jogi személy kedvezményezett megszűnik). Ha a szerződő nem jelölt meg kedvezményezettet, vagy a kedvezményezés a biztosítási esemény bekövetkeztekor nincs hatályban, a biztosító a haláleseti szolgáltatást a biztosított örökösének fizeti ki.

A fekvőbeteg-gyógykezelés

13. Fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelésnek minősül az Állami Népegészségügyi Szolgálat által elismert aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) történő folyamatos gyógykezelés. Aktív betegellátó osztályokon (részlegeken, ágyakon) olyan fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályok (részlegek, ágyak) értendők, amelyeken az orvosi szakterületenként szervezett osztályok, részlegek (pl. belgyógyászat, sebészet stb., de ide sorolandók az intenzív osztályok, részlegek is) állandó és folyamatos, aktív orvosi és ápolási ellátást igénylő betegeket látnak el.

14. A napi térítés számításánál a biztosító azt a napot is figyelembe veszi, amelyen a biztosítottat a fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelésre felvették, illetőleg onnan elbocsátották. A napi térítést a biztosító a fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás kezdetének napjától a gyógyintézeti tartózkodás befejeztének napjáig teljesíti, legfeljebb azonban a gyógyintézeti tartózkodás kezdetétől számított 90. napig. A napi térítés számításánál a biztosító legfeljebb azon napok számát veszi figyelembe, amelyeket az OEP, az adott sérülésre vonatkozóan finanszíroz.

15. A biztosító a napi térítést a fekvőbeteg-gyógyintézetben való tartózkodás naptári napjaira nyújtja.

16. A biztosító nem teljesít szolgáltatást (napi térítést) az önrész napokra, valamint azokra a napokra, amelyeken a biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy ha az ottartózkodás - a 14. pontban foglaltakat kivéve - 24 óránál rövidebb.

17. A biztosító a napi térítés szolgáltatásának összegét úgy számítja ki, hogy azon napok számát, amelyeken a biztosított folyamatos gyógykezelésben részesült és biztosítási eseménynek minősülnek, megszorozza a 4. a) pont szerinti biztosítási összeggel.

A baleseti eredetű műtét

18. A biztosítási eseménynek minősülő műtétek alapján a biztosító a biztosítottat ért bizonyítottan balesettel közvetlen okozati összefüggésben elszenvedett sérülés miatt szükségessé váló akut műtéti ellátását követően, a bemutatott szakorvosi adatok (kórelőzmény, klinikai tünetek, a műtéti ellátás) ismeretében a súlyosság, az

anatómiai lokalizáció és az elvégzett műtéti típus figyelembe vételével az alábbi csoportosítás szerint nyújt szolgáltatást.

I. csoportba tartozó műtétek:

- heveny módon bekövetkezett, diagnosztikus adatokkal igazolt és kórismézett izületi szalagszakadások, insérülések, mely elváltozások gyógyítása érdekében nyílt, feltárással járó műtét végzésére kerül sor;
- azok a csont törésével járó esetek, ahol a csont egyesítése feltárással járó dróttűzés formájában történik meg;
- a kéz és láb ujjai, ujjai hosszának felét nem meghaladó csonkolások.

II. csoportba tartozó műtétek:

- a nagy csöves csontok zárt ízületbe hatoló, és ízületen kívüli töréseinek helyretétele és stabilizációja céljából végzett nyílt feltárással járó műtétek különböző formái (váll-, könyök-, csukló-, csípő-, térd-, boka ízületek, felkar-, alkar-, comb-, lábszár csontjai), e körbe tartozik az a műtéti megoldás, amikor a jelölt cél elérésének érdekében külső rögzítő műtéti behelyezésére kerül sor;
- a csonttöréssel nem járó kiterjedt roncsolással járó lágyrész sérülések, melyeknek gyógyítása műtéti sorozatot, bőrpótló eljárások alkalmazását indokolják;
- a kéz és láb ujj(ak) egész hosszát érintő csonkolások;
- a II-III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 10-25 %-át éri a károsodás;
- több ín vagy izom károsodása miatt végzett műtéti megoldások.

III. csoportba tartozó műtétek:

- a II. csoportba sorolt törések nyílt formái;
- azon végtag-sérülések, ahol a roncsolás mértéke miatt csonkolás válik szükségessé (ujjak kivételével);
- a végtagok nagy ér- és idegsérülései (csuklóizülettől, felső ugróizülettől centrálisan);
- az emberi szervezet zárt üregrendszerének műtéti feltárása az azokon belül elhelyezkedő anatómiai képletek sérülése miatt (koponya, nyak, mellkas, has, medence, gerincoszlop);
- a II-III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 26-50%-át éri károsodás;
- az érzékszervek sérülései miatt végzett műtét, ha a baleset által determináltnak az adott szerv funkciója 50%-ot meghaladóan károsodik.

Kiemelt műtétek:

- azok az életveszélyes többszörös sérülések - polytraumatizáció -, kombinált sérülések, ahol műtetre, műtéti sorozatra, intenzív terápiás kezelésre, gépi lélegeztetésre van szükség és a baleset gyógyításának részeként feltárással járó műtét(ek) elvégzésére kerül sor;
- a II-III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 50 %-át meghaladja a károsodás;
- a látással és hallással kapcsolatban azok a műtéti beavatkozások, amikor a sérülés jellegéből adódóan a jelölt érzékszervek teljes körű kiesése következik be.

19. A heveny sérülés okán elvégzett műtét adott térítési csoportba sorolásának feltétele a kórelőzményt, a kórismét és a terápiás beavatkozást tartalmazó szakorvosi irat, kórházi zárójelentés.

20. Jelen baleset-biztosításban nem minősülnek biztosítási eseménynek azok a feltárással járó esetek, ahol műtetre degeneratív jellegű, ortopéd típusú, egyéb nem baleseti eredetű megbetegedés, régi sérülés utáni álla-

pot alapján kerül sor és azok meglétére adott esetben egy bekövetkező baleset hívja fel a figyelmet, ide értve mindazon kórkép(eket), mely(ek) a krónikus ártalom körébe tartozik(nak).

21. Kizáró körülmény, ha a baleset akut eredete nem bizonyítható.

22. Nem jár műtéti térítés a kizárólag feltárással járó izületi csőtűrközés műtétének elvégzése miatt (még abban az esetben sem, ha az említett beavatkozást a későbbiekben izületi feltárással járó műtét követi).

23. Vitás esetben a biztosító fenntartja magának a jogot, hogy baleseti sebész igazságügyi orvosszakértővel az adott esetben konzultáljon, a biztosított szakvizsgálatát elvégezze, kiegészítő iratokat szerezzen be, szükség esetén az ellátó intézetet az elbírálásba bevonja, vele konzultáljon.

24. Ha ugyanazon baleset miatt több műtéti beavatkozás is szükségessé válik (a sérülés mechanizmusa okán többszörös sérülés jön létre, és ezért műtéti sorozat végzésére van szükség), ez a biztosító szolgáltatása szempontjából egy biztosítási eseménynek minősül. Ilyen esetben a biztosító a műtéti beavatkozások közül a legmagasabb besorolású alapján teljesít szolgáltatást. Ha a szolgáltatást követően a biztosított újabb műtétet kell elvégezni, amely a műtéti lista alapján magasabb besorolású, a biztosító a korábbi és az újabb műtetre megállapított szolgáltatások különbözetét fizeti ki.

A baleset következtében kialakult keresőképtelenség

25. Keresőképtelen az a biztosított, aki baleset következtében szakorvosi szempontból saját jogán szükséges folyamatos gyógykezelése miatt munkáját nem tudja ellátni, és más kereső tevékenységet sem képes végezni. E rendelkezés alkalmazásában munkán az a foglalkozás, illetőleg az a munkakör értendő, amelyben a biztosított a keresőképtelenségét közvetlenül megelőzően dolgozott. Ha a biztosított több jogviszony alapján is jogosult társadalombiztosítási ellátásra, a keresőképtelenségnek mindegyik jogviszonyban fenn kell állnia. A munkaképtelenség tényét, okát, tartamát a baleseti sebészeti szakrendelés vagy a kórházi intézmény által igazolni szükséges, illetve az utókezelés folyamatát leíró igazolás szükséges. Indokolt esetben a biztosító jogszabályban biztosított felhatalmazás alapján a társadalombiztosítás szerveihez is fordulhat.

26. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott napi térítési összeget fizeti ki a biztosítottnak az igazolt keresőképtelenség időtartamára, amely a keresőképtelenné nyilvánítással kezdődik, és a keresőképesse nyilvánítással szűnik meg. A napi térítést a biztosító az önrész napok leteltét követően a folyamatos táppénzes napokra téríti, legfeljebb azonban a keresőképtelenség kezdetétől számított 100. napig nyújtja.

27. A biztosító a napi térítést úgy számítja ki, hogy azon napok számát, amelyeken a biztosított keresőképtelen volt és biztosítási eseménynek minősülnek, megszorozza a 4. c) pont szerinti biztosítási összeggel.

28. A keresőképtelenség folyamán a biztosító részére havonta be kell nyújtani a kezelőorvos igazolását a biztosított keresőképtelenségéről.

Groupama Biztosító
Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Társaságunk székhelye:
H-1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.

Nyilatkozat (baleset-biztosítási ajánlathoz)

Szerződő neve:

Biztosított neve:

Biztosított címe:

Kijelentem, hogy a Groupama Biztosító Zrt-vel (1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.) biztosítási szerződés(ek) megkötésére irányuló ajánlat(ok) aláírása előtt az alábbi ügyféltájékoztató(ka)t, biztosítási feltétel(ek)e)t, adatlapo(ka)t, ajánlatmásolato(ka)t átvettem, megismertem és a szerződési feltétel(ek)ben foglaltakat elfogadom, a biztosítótól a 2003. évi LX. törvény 10. sz. melléklete a) és b/1. pontokban meghatározott tartalommal bíró írásbeli tájékoztatást megkaptam. Tudomásul veszem, hogy a 2003. évi LX. törvény 10. melléklete b/2. pontjában foglalt tájékoztatást részemre a biztosító biztosítási kötvényem kiállításával egyidejűleg adja meg.

Az átvett dokumentum(ok) megjelölése (kérjük x-el jelölni):

Átvettem	
☐	Ajánlatmásolat
☐	számú elismervény(ek)
☐	N17-0001-01. számú Csoportos beszedési megbízás
☐	N17-0002-01. számú Biztosításközvetítői tájékoztatás
☐	N14-0802-01. számú Őrangyal baleset-biztosítás ügyféltájékoztató, általános és különös feltételek, nyilatkozat
☐	Egyéb:
☐	
☐	

Szerződő (cégszerű) aláírása

Biztosított aláírása

Hozzájárulok, hogy a biztosító a részére szerződéses jogviszony alapján a kárrendezési tevékenységet ellátó szervezet részére – biztosítási esemény bekövetkezte esetén – a biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatokat és iratokat ismertesse, illetve azokat átadja.

Dátum: év hó nap

Szerződő (cégszerű) aláírása

Biztosított aláírása



ŐRANGYAL

baleset-biztosítás feltételek



Groupama

Biztosító

