

## **BALESETI ROKKANTSÁG esetére szóló balesetbiztosítás feltételei**

### **ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK**

1. A baleseti rokkantság esetére szóló balesetbiztosítási szerződés a biztosítási ajánlat aláírásával jelen szabályzat szerint jön létre a Közlekedési Biztosító Egyesület (továbbiakban: biztosító), valamint bármely természetes, jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság vagy jogi személy között, aki a biztosító egyesület tagja.
2. Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt Európa földrajzi területén bekövetkező balesete miatti, legkésőbb 2 éven belül kialakult és ezen szabályzat szerint megállapított, 5 %-ot meghaladó rokkantsága.
3. Jelen szabályzat alkalmazása szempontjából baleset a jelen biztosítás hatálya alatt bekövetkezett, a biztosított akaratától függetlenül fellépő olyan hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított a balesetet követő 2 éven belül állandó (maradandó) egészségkárosodást szenved.
4. E biztosítás szempontjából nem baleseti esemény a megemelés, a foglalkozási betegség (ártalom), valamint a napszúrás és a fagyás. Nem minősülnek biztosítási eseménynek az alábbi foglalkozások, tevékenységek folytatása során bekövetkezett balesetek: ejtőernyőzés (katonai vagy polgári), repülőoktatás (beleértve a sárkányrepülést), repülővezetés (katonai, polgári, berepülőpilóta, sárkányrepülő). Az öngyilkosság, öncsonkítás akkor sem minősül baleseti eseménynek, ha azt a biztosított beszámíthatatlan, tudatzavart állapotban követte el.
5. Biztosított az a 14 és 65 év közötti személy, aki a biztosító egyesület tagja, és akit a biztosítás ajánlatában biztosítottként neveztek meg.
6. Szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítási ajánlatot megtette, és a szerződés létrejötte esetén a díjfizetést teljesíti.
7. Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával (a szerződő írásbeli beleegyezésével) a szerződő helyébe léphet. Ebben az esetben a folyó biztosítási időszakban esedékes biztosítási díjakért a szerződő és a biztosított egyetemlegesen felelnek.
8. A biztosított a szerződés kötéséhez adott hozzájárulását írásban a szerződés fennállta alatt bármikor visszavonhatja. Ebben az esetben a szerződés a nyilatkozattételt követően, a biztosítási időszak végén maradékjogok nélkül megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződő írásbeli hozzájárulásával annak helyébe lép.

### **A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYA**

9. Jelen biztosítási szerződés határozatlan időtartamra, ezen belül egy éves biztosítási időszakra jön létre. A felek erre irányuló megállapodásával a szerződés 1 évnél rövidebb, határozott tartamra is létrejöhet.
10. A biztosítás évfordulója minden naptári év első napja. A szerződéskötés évében a biztosítási időszak a naptári év első napjáig tart.

11. A biztosítás létrejön, ha a biztosító az ajánlatot kötvény kiállításával elfogadja. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlattételre 15 napon belül nem nyilatkozik. E határidő – a felek közös megegyezése alapján – 30 napra meghosszabbítható, amennyiben a biztosító erről írásbeli értesítést küld.
12. A biztosítás az azt követő nap 0. órájától lép hatályba, amikor a biztosítás első díját a biztosító számlájára vagy pénztárába befizetik, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.
13. A biztosítás egészségi nyilatkozattal, illetve a biztosító kijelölt orvosa által elvégzett orvosi vizsgálattal jön létre. Ha a biztosítás orvosi vizsgálat nélkül jön létre, az ajánlat aláírásának napjától 6 havi várakozási idő áll fenn. Az egy évnél rövidebb, határozott tartamú szerződések esetében a biztosító eltekint a várakozási idő alatti mentesülés alkalmazásától. Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve ha a rokkantság baleset alkalmával bekövetkezett azonnali csonkolás vagy bénulás miatt kerül megállapításra.
14. A biztosított a szerződéskötéskor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásbeli kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. Amennyiben a szerződő és a biztosított személye nem azonos, a közlési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli.
15. A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
16. A biztosítási ajánlaton feltett „általános kérdésekre” adott írásbeli válaszokban változás következik be, akkor a biztosított a változást köteles a biztosító részére bejelenteni. Ilyen esetekben a biztosító 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására. Ha a 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. Ha a biztosított új foglalkozása vagy tevékenysége olyan megnövekedett kockázatot jelent a biztosító számára a jelen szabályzat díjszabásának megfelelően, amelyet az nem vállalhat, a biztosító a szerződést írásban 30 napra felmondhatja. Az új díjat, illetve a biztosítás megszűnését a biztosító a bejelentés kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződő tudomására hozza.
17. A módosított díjat a szerződő a szerződést közös megegyezéssel történt módosítását követő hónap első napján köteles megfizetni.
18. Amennyiben a biztosított a 16. pontban foglaltakat nem teljesíti, a biztosítási esemény bekövetkeztekor a díjfizetésnek és a tényleges kockázati besorolásnak megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre. Ha a biztosítás a megváltozott foglalkozásra illetve szabadidős és sporttevékenységre jelen szabályzathoz tartozó díjszabás szerint nem jöhetett volna létre, a szabályzat 15. pontja szerinti, a közlési kötelezettségre vonatkozó előírások érvényesülnek. A biztosítás díjszabását a biztosító illetékes egysége a biztosított (kérésére) rendelkezésre bocsátja.
19. A biztosítás megszűnik:
  - a.) amikor a biztosított részére kifizetett rokkantsági térítések összesített %-os mértéke eléri a 100%-ot,
  - b.) annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján, amikor a szerződő vagy a biztosító biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban felmondja,

- c.) annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján, amelyben a biztosított visszavonja a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását, és belépési jogát nem gyakorolja a 8. pont szerint, az ott megjelölt időpontban. Ebben az esetben a biztosító a továbbfizetett díjat kamatmentesen visszafizeti a szerződő részére. A továbbfizetés időszakában befolyt díj biztosítási jogosultságot nem eredményez,
- d.) díjnemfizetés miatt az esedékesség hónapját követő hónap utolsó napján,
- e.) azon a napon, amikor a határozott időre szóló szerződés lejár,
- f.) ha megszűnik a biztosított egyesületi tagsága.

## DÍJFIZETÉS

- 20. A biztosítás díját és a hozzá kapcsolódó kezdeti biztosítási összegeket a biztosítási díjszabás tartalmazza. A biztosítási díj a biztosított foglalkozásának, életmódjának (szabadidős, sporttevékenység, stb.) figyelembevételével kerül megállapításra.
- 21. A biztosító biztosítási időszakonként egy alkalommal jogosult az állami statisztikai szolgálat (KSH) által nyilvánosságra hozott, biztosítási időszakot megelőző évre vonatkozó (június – június) fogyasztói árindex figyelembevételével indexszám megállapítására, és a biztosítás díjának, valamint a biztosítás összegének ezen index szerinti együttes növelésére. A biztosító által megállapított indexszám az állami statisztikai szolgálat árindexétől legfeljebb öt százalékponttal térhet el.
- 22. A biztosító a 21. pontban foglaltakkal együtt jogosult a biztosítás évfordulóján a kockázati viszonyok változásának függvényében megváltozott díjszabás alapján is módosítani a biztosítás díját. A díjemelés mértékéről a biztosítási évforduló előtt 45 nappal korábban értesíti a biztosító a szerződőt.
- 23. A biztosított a biztosítási tartam alatt két alkalommal jogosult az indexálás miatti többletdíj megfizetését visszautasítani. Ebben az esetben a biztosítás az indexálás nélküli biztosítási díjnak megfelelő szolgáltatással marad hatályban.
- 24. A szerződő a 21., 22. pont szerint megállapított díjat a díjváltozás közlésekor megjelölt időpontban köteles megfizetni. Ha a szerződő nem az új díjat fizeti, vagy nem fizet díjat a szerződés az így jelzett esedékesség hónapját követő hónap utolsó napján maradékjogok nélkül megszűnik, kivéve a többletdíj fizetésének 23. pont szerinti visszautasítását, vagy ha a biztosított a szerződés megszűnte előtt a biztosítóval közölt írásbeli nyilatkozatával a szerződő fél helyébe lép. Az indexált biztosítási összeg az indexált díj beérkezését követő napon lép érvénybe.
- 25. A biztosítás első díja, valamint az egy évnél rövidebb tartamú biztosítás egyszeri díja az ajánlat aláírásakor, a folytatólagos éves díj a biztosítási évforduló napján esedékes. A felek eltérő díjfizetési gyakoriságban is megállapodhatnak. Ebben az esetben a díj az éves díjból a mindenkori kamatviszonyok, a biztosító költségei és az érvényes díjszabás alapján kerül megállapításra. A díjfizetés módja csak az új biztosítási időszak kezdetével változtatható meg.
- 26. Ha a szerződő a biztosítás díját az esedékesség időpontjában nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az első elmaradt díj esedékességi hónapját követő hónap utolsó napjáig viseli, ez alatt az idő alatt a szerződő az elmulasztott díj befizetését pótolhatja. Ha ez nem történik meg, a biztosítás az első elmaradt díj esedékességi hónapját követő hónap utolsó napján maradékjogok nélkül megszűnik, feltéve, hogy a biztosított a díj megfizetésére halasztást nem kapott.

27. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosító díjjal nem fedezett kockázatviselésének ideje alatt következik be, a biztosítási időszakra járó díj a biztosító által kifizetett szolgáltatásból levonásra kerül.

## BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAI

28. Biztosító a biztosítottnak a balesetet követő 2 éven belül megállapított 100 %-os baleseti rokkantsága esetén az aktuális biztosítási összeget fizeti ki a biztosító szolgáltatására jogosult részére.
29. Amennyiben a balesetből eredő állandó egészségkárosodás mértéke a balesetet követő 2 éven belül a 10%-ot eléri illetve meghaladja, a 100%-os rokkantság esetére megállapított biztosítási összegnek az állandó egészségkárosodás mértékével azonos százalékát fizeti a biztosító.
30. Amennyiben a balesetből származó állandó egészségkárosodás mértéke meghaladja az 5%-ot, de nem éri el a 10%-ot, a 100%-os rokkantság esetére megállapított biztosítási összeg 5%-át, legfeljebb azonban 20.000.-Ft-ot fizet a biztosító.
31. Kezdeti biztosítási összeg a szerződő által az ajánlattételkor – a díjszabásban rögzített egységnyi biztosítási összegek többszöröseként – választott és a biztosító által elfogadott biztosítási összeg.
32. Aktuális biztosítási összeg a szerződő által meghatározott kezdeti biztosítási összegnek a szerződő által elfogadott indexálások során (21., 23. pont) megnövelt, a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényben lévő értéke.
33. Baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
34. A baleseti rokkantság mértékét, tekintet nélkül a biztosított foglalkozására, végtagok illetve szervek elvesztése esetén a következő táblázat szerint kell megállapítani:
- |  |       |
|--|-------|
| - mind két szem látóképességének elvesztése,<br>mindkét felkar, alkar, kéz elvesztése,<br>egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése,<br>mindkét comb elvesztése: | 100 % |
| - mindkét lábszár elvesztése:  | 90 %  |
| - egyik comb elvesztése:   | 80 %  |
| - egyik felkar elvesztése:   | 80 %  |
| - egyik lábszár elvesztése, egyik alkar elvesztése,<br>beszélőképesség teljes elvesztése,<br>mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése:                                      | 70 %  |
| - jobb kéz elvesztése (csukló szintjében):   | 65 %  |
| - bal kéz elvesztése (csukló szintjében):  | 50 %  |
| - egyik láb teljes elvesztése (boka szintjében):   | 40%   |

- egyik szem látóképességének teljes elvesztése: 35 %
- egyik fül hallóképességének teljes elvesztése 25 %

A biztosított az ajánlatban nyilatkozhat arról, hogy balkezes, ebben az esetben a fenti táblázatban a jobb és bal kéz elvesztésére vonatkozó rokkantsági százalékok felcserélődnek.

35. A baleseti állandó egészségkárosodás (rokkantság) mértékét a fenti táblázatban fel nem sorolt esetekben a biztosító orvosa állapítja meg. A biztosítás szempontjából a baleseti rokkantság mértéke más orvosszakértői testület döntésétől független.
36. A biztosító szolgáltatásait a 34. pontban felsorolt esetekben, továbbá szervek (pl: vese, lép) elvesztése esetén, ha az egészségkárosodás mértéke százalékban lemérhető, az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezését követő 15 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó károsodás mértékét egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kell megállapítani.
37. A 28., 29., 30. pontokban foglalt szolgáltatások esetében a biztosítottra vonatkozó utolsó kifizetés százalékosan oly mértékben vehető figyelembe, hogy a kifizetett rokkantsági térítések összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül attól, hogy egy vagy több baleset is történt.

#### **VEGYES RENDELKEZÉSEK**

38. A biztosító szolgáltatásának igénybevételére jogosult köteles a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül a biztosító tudomására hozni. Ennek elmaradása esetén a biztosító annyiban megtagadhatja a szolgáltatás teljesítését, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
39. A szolgáltatás igénybevételére a jogosultnak az alábbi iratokat kell bemutatnia: a biztosítási kötvényt, a díjfizetést igazoló iratot, a baleseti egészségkárosodást igazoló orvosi iratokat, hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó hatósági iratokat, az igény elbírálásához szükséges, a biztosító által igényelt egyéb iratot.
40. A biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezését követő 15 napon belül teljesíti.
41. A biztosítási szolgáltatások teljesítésére csak akkor és annyiban kerül sor, amennyiben a rokkantság mértéke még a biztosított életében a biztosító által megállapításra kerül. Amennyiben a biztosított a rokkantság megállapítását követően a szolgáltatás kézhezvétele előtt meghal, a biztosítási szolgáltatásra örököse jogosult.
42. A biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet illetve az egészségkárosodást a biztosított jogellenes, szándékos, vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. A balesetet súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak kell tekinteni, ha azt a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, vagy ennél magasabb véralkoholszint) összefüggésben következett be, jogosítvány nélküli, vagy ittas állapotban történt gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt történt.

43. A biztosítási összeg nem kerül kifizetésre, ha a baleset államok közötti fegyveres összeütközéséből eredő vagy polgárháborús cselekmények során következett be, illetve, ha a halál AIDS vírusfertőzéssel összefüggésben állt be.
44. A biztosító a biztosítási szerződés létrejöttéről kötvényt bocsát a biztosított rendelkezésére.
45. A biztosításból eredő igények 2 év alatt évülnek el.
46. A szabályzatban és szerződésekben nem rögzített kérdésekben a Ptk. és a hatályos jogszabályok rendelkezéseit kell alkalmazni.
47. A biztosítót a tudomására jutott és az ügyfelei személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, valamint a biztosítási szerződéseire vonatkozó adatok tekintetében titoktartási kötelezettség terheli (biztosítási titok). A biztosító biztosítási titkot kizárólag a biztosítóintézményekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvény 96-101.§-aiban felsorolt szervezetek (bírószág, ügyészség, rendészeti nyomozóhatóság, Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, közjegyző, adóhatóság, nemzetbiztonsági szolgálat, Gazdasági Versenyhivatal, más biztosító) és csak az ott jelzett körben szolgálhat ki.
48. A biztosító ellen biztosítási szerződésekből eredő peres igények érvényesítésére – a keresetindításkor hatályos összeghatárok figyelembevételével – kizárólag a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetőleg a Fővárosi Bíróság illetékes.
49. Panasziroda: 1108 Budapest, Venyige u. 3.
50. Fogyasztói panaszok intézésére jogosult: Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség (1088 Budapest, József krt. 6.) és a területi felügyelőségek.
51. Felügyeleti szerv: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.).