

Tartalom

PostaTestŐr (1 5020) balesetbiztosítás

Ügyféltájékoztató	4
-------------------------	---

Általános balesetbiztosítási feltételek	6
---	---

1. Általános rendelkezések, a biztosítási szerződés létrejötte, alanyai	6
2. A baleset fogalma, a biztosítási esemény	7
3. A Biztosító szolgáltatása	7
4. A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete	8
5. A kockázatviselés korlátozása	8
6. A biztosítási szerződés megszűnése	8
7. A biztosítási tartam	9
8. A Biztosítottak életkora	9
9. A biztosítás területi hatálya	9
10. Közlési kötelezettség	9
11. Kizárások, mentesülések	10
12. Nem biztosítható személyek	11
13. Csökkent biztosíthatóság	11
14. A biztosítás díja, díjfizetés	12
15. Reaktiválás	12
16. A felek felmondási joga	13
17. A szolgáltatásra jogosult személy	13
18. A biztosítási esemény bejelentése	13
19. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok	13
20. A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után	15
21. A szolgáltatás kifizetése	15
22. A biztosítás elévülése	15
23. Személyes adatok kezelése és titoktartás	15
24. Jogviták	20

A PostaTestŐr (1 5020) balesetbiztosítás különös feltételei

1. A biztosítási szerződés jellemzői, alanyai	21
2. A biztosítással összefüggő fogalmak	21
3. A biztosítási összeg	22
4. A biztosítási esemény baleseti halál esetén	22
5. A Biztosító szolgáltatása baleseti halál esetén	22
6. A biztosítási esemény baleseti rokkantság esetén	22
7. A Biztosító szolgáltatása baleseti rokkantság esetén	23
8. A biztosítási esemény baleseti eredetű kórházi napi térítés esetén	24
9. A Biztosító szolgáltatása baleseti eredetű kórházi napi térítés esetén	25
10. A szolgáltatási igény bejelentése a baleseti eredetű kórházi napi térítés esetén	25
11. A biztosítási esemény baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén	25
12. A Biztosító szolgáltatása baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén	26
13. A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása baleseti eredetű munkaképesség- csökkenés esetén	26
14. A kárigény bejelentése baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén	27
15. A baleseti műtéti térítés biztosítás legfontosabb fogalmai	27
16. A biztosítási esemény baleseti műtéti térítés esetén	28
17. A Biztosító szolgáltatása baleseti műtéti térítés esetén	28
18. A baleseti műtéti térítés biztosítás megszűnése	29
19. A szolgáltatási igény bejelentése a baleseti műtéti térítés biztosítás esetén	29
20. A biztosítási esemény csonttörés esetén	29
21. A Biztosító szolgáltatása csonttörés esetén	29
22. A Biztosító mentesülése	29
23. A szolgáltatási igény bejelentése csonttörés esetén	30
24. A biztosítási tartam	30
25. A biztosítás díjfizetése	30
26. Kizárások	30
27. A Biztosított kora	30

Ügyféltájékoztató

Tisztelt Ügyfelünk!

Köszönjük a Magyar Posta Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) iránti megtisztelő bizalmát! A következőkben tájékoztatjuk Önt a Biztosító, valamint biztosításközvetítője legfontosabb adatairól, a fogyasztói panaszok elintézési lehetőségeiről, a felügyeleti szervünkről, az adatvédelem és az adatkezelés szabályairól. Felsoroljuk azokat a szervezeteket is, amelyeknek az Ön – egyébként biztosítási titkot képező – adatait a Biztosító továbbadhatja. Részletesen ismertetjük Önnel azokat a tudnivalókat, amelyek a biztosítási szerződésre vonatkoznak. A biztosítási tevékenység és a biztosítási szerződés alapjául szolgáló két legfontosabb jogszabály a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (Ptk.), valamint a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit). A szerződésre (díjfizetésre, szolgáltatásra) vonatkozó adójogszabály a mindenkor hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény (1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról).

Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el a kezében tartott Ügyféltájékoztató és biztosítási feltételek kiadványunkat. Ez mindenben irányadó az Ön által megkötni kívánt biztosítási szerződésre, a Szerződő felek jogaira és kötelezettségeire. Törekedtünk a közérthető fogalmazásra, amennyiben mégis maradna tisztázatlan kérdése, akkor forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, aki megad Önnek minden szükséges tájékoztatást, vagy a Biztosító Ügyfélszolgálatához. Az Ügyféltájékoztató és biztosítási feltételek részletes megismerése, valamint írásban nyugtázott átvétele után a biztosítási ajánlat aláírásával kifejezi szándékát a biztosítási szerződés megkötésére.

Ezúton tájékoztatjuk Önt, hogy először a Biztosító Általános balesetbiztosítási feltételeit foglaljuk össze, majd a **PostaTestŐr** (1 5020) balesetbiztosítás különös feltételeit.

A Biztosító levélcíme: 1535 Budapest, Pf. 952, székhelye: 1022 Budapest, Bég utca 3–5., Ügyfélszolgálatunk kedvezményes helyi díjjal hívható telefonszáma: 06 40 200 480.

A Biztosító biztosításközvetítője a Magyar Posta Zrt., székhelye 1540 Budapest, Krisztina krt. 6–8.

A Magyar Posta Zrt. (illetve az alkalmazásában, megbízásában eljáró természetes személy) függő biztosításközvetítőként a Magyar Posta Biztosító Zrt. nevében jár el, a biztosításközvetítői tevékenység során okozott szakmai károkért a Magyar Posta Biztosító Zrt. áll helyt. A Magyar Posta Zrt. közvetlen részesedéssel rendelkezik a Magyar Posta Biztosító Zrt.-ben és a Magyar Posta Életbiztosító Zrt.-ben. Más biztosítóban, biztosításközvetítőben, biztosítási szaktanácsadóban sem közvetlen, sem közvetett részesedéssel nem rendelkezik.

A Biztosító és biztosításközvetítő felügyeleti szerve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (továbbiakban PSZÁF), melynek címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; levélcíme: 1535 Budapest 114. Pf. 777; ügyfélszolgálati telefonszáma: 06 40 203 776.

A Magyar Posta Zrt. (illetve az alkalmazásában, megbízásában eljáró természetes személy) biztosításközvetítői tevékenységével kapcsolatosan panasszal élhet a Magyar Posta Biztosító Zrt.-nél, illetve a PSZÁF-nál.

A PSZÁF a biztosításközvetítőkről nyilvántartást vezet, amely nyilvántartás megtekinthető a www.pszaf.hu honlapon.

Biztosítási szerződésével kapcsolatos bármilyen panaszával, észrevételével bizalommal fordulhat biztosításközvetítőjéhez, vagy közvetlenül a Biztosító Igazgatóságához: 1022 Budapest, Bég utca 3–5. Panasszal fordulhat továbbá a PSZÁF-hoz, a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez, valamint a békéltető testületekhez. Amennyiben vitás ügyét nem tudja peren kívül érvényesíteni, Önnek jogában áll bírósági utat igénybe venni.

Minden jognyilatkozat csak írásban érvényes, a felmondást pedig – ha nem személyesen nyújtja be – ajánlott levélben kell megtenni. Az Ön jognyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a Biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut. Minden iratban az irányadó nyelv a magyar, úgyszintén az esetleges jogvitában, amely magyar bíróság előtt zajlik a magyar jogszabályok alapján, melyek az itt nem szabályozott kérdésekre mindig vonatkoznak.

Általános balesetbiztosítási feltételek

1. Általános rendelkezések, a biztosítási szerződés létrejötte, alanyai

- 1.1. Az Általános balesetbiztosítási feltételekben leírtak – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Magyar Posta Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) balesetbiztosítási szerződéseire, illetve egyéb biztosítási szerződéseinek balesetbiztosítást tartalmazó részére érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték. A jelen Általános balesetbiztosítási feltételekben és a **PostaTestŐr** balesetbiztosítás különös feltételeiben nem szabályozott kérdésekben a Magyar Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- 1.2. A balesetbiztosítási szerződés megkötésének előfeltétele, hogy a Szerződő írásban ajánlatot tesz a Biztosítónak. Az ajánlatot a Biztosító elutasíthatja. Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.
- 1.3. A biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító kölcsönös írásbeli megállapodásával jön létre. A szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra a szervezeti egységéhez történő beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az Ajánlatnak a Biztosító vagy képviselője részére történő átadása időpontjára visszamenőleges hatállyal jön létre, és a Szerződő és a Biztosító vagy megbízottja által kitöltött és aláírt Ajánlat tekinthető az Ajánlatról kiállított kötvénynek.
- 1.4. A Biztosító a neki befizetett díj ellenében vállalja a balesetbiztosítási kockázatot.
- 1.5. A Szerződő az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz és a biztosítási díj fizetését vállalja.
- 1.6. A Biztosított az a személy, akinek a balesetével kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási szerződés létrejön.
- 1.7. Amennyiben a Szerződő nem azonos a Biztosítottal, a Biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges a szerződés megkötéséhez és módosításához. Ha a Biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló személy köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges.

- 1.8. A balesetbiztosítási szerződés Kedvezményezettje az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Kedvezményezettként több személy is megnevezhető. A kedvezményezés a biztosítási tartam alatt írásbeli kérelemmel megváltoztatható. Ha a Szerződő és a Biztosított személye nem azonos, a Kedvezményezett jelöléséhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A Kedvezményezett jelölése és annak megváltoztatása csak akkor lép hatályba, amikor a Szerződő és a Biztosított erre vonatkozó írásbeli nyilatkozata a Biztosítóhoz beérkezik. Kedvezményezett lehet:

- a szerződésben megnevezett személy,
- a Biztosított örököse, ha a Kedvezményezettet a szerződésben nem jelölték meg.

- 1.9. A Biztosított a szerződő fél beleegyezésével a szerződésbe bármikor beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges. A Biztosított, mielőtt a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a Biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet.

2. A baleset fogalma, a biztosítási esemény

- 2.1. Jelen feltételek vonatkozásában baleseten a Biztosított akaratától független, hirtelen fellépő, külső behatás értendő.
- 2.2. Balesetbiztosítási szempontból káreseménynek minősül, ha szakorvosi irattal igazolást nyer, hogy a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, külső behatás (baleset) eredményeképpen olyan igazolható, heveny módon bekövetkező anatómiai károsodást szenved, mellyel okozati összefüggésben a Biztosított meghal, a Biztosító nyilvános rokkantsági táblázatában foglaltak szerint átmeneti, vagy végleges egészségkárosodást szenved, kórházi ápolásra szorul, műtetet hajtanak végre rajta, igazolt módon időlegesen vagy végérvényesen munkaképtelenné válik.

3. A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. A Biztosító szolgáltatásait a **PostaTestŐr** balesetbiztosítás különös feltételei határozzák meg.

4. A biztosítási szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

- 4.1. A biztosítási szerződés leghamarabb az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a Szerződő a biztosítás első vagy egyszeri díját a Biztosító számlájára befizette vagy átutalta, illetve a pénztárába befizette, feltéve, hogy a balesetbiztosítási szerződés már létrejött vagy utóbb létrejön.
- 4.2. Ha a Szerződő az első vagy az egyszeri díjat a szerződés létrejötte előtt fizeti meg, ezt az összeget a szerződés létrejötteig a Biztosító kamatmentes díjelőlegként kezeli, melyet a biztosítási kötvény kibocsátása után a biztosítási díjba beleszámít. Ha a szerződés nem jön létre, a Biztosító az első vagy egyszeri befizetett díjat a Szerződőnek 15 napon belül visszafizeti.
- 4.3. A Biztosító kockázatviselésének feltétele a szerződés hatálybalépése.
- 4.4. A kockázatviselés kezdete a biztosítási ajánlat aláírását követő hónap elseje, a lejárat a kötvényen megjelölt nap.
- 4.5. A biztosítási évforduló a tartam éveiben a kötvényen a biztosítás kezdeteként megjelölt hónap első napja. A biztosítási hónapforduló minden hónapban a hónap első napja.

5. A kockázatviselés korlátozása

- 5.1. Amennyiben a baleseti esemény olyan testrészt érint, mely a szóban forgó baleseti eseményt megelőzően már baleset, ortopéd jellegű vagy egyéb természetű megbetegedés miatt károsodott, a Biztosító arra a testrészre nem teljesít kárkifizetést.

6. A biztosítási szerződés megszűnése

- 6.1. A biztosítási szerződés megszűnik:
 - a Biztosított halála esetén,
 - a balesetbiztosítás különös feltételeiben meghatározott maximális biztosítási szolgáltatások kifizetése esetén.
- 6.2. A biztosítási díj nem fizetése esetén:
 - ha a Szerződő a biztosítás első vagy egyszeri díját az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást sem kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, a szerződés az esedékességtől számított 30. napon megszűnik,

- ha a Szerződő az elmaradt folytatólagos díjakat az esedékességtől számított 60. napon belül nem egyenlíti ki, és díjfizetési halasztást nem kapott, illetőleg a Biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, akkor az esedékességtől számított 60 nap után megszűnik.

- 6.3. A biztosítási szerződés lejártával.

7. A biztosítási tartam

- 7.1. A balesetbiztosítás határozott vagy határozatlan tartamra köthető.
- 7.2. Határozott tartam esetén a biztosítás 1–25 évig, egész évekre köthető.
- 7.3. Biztosítási időszaknak egy év tekinthető.

8. A Biztosítottak életkora

- 8.1. A balesetbiztosítás megköthető születéstől 62 éves korig, de a Biztosított életkora nem haladhatja meg lejáratkor a 63. életévet.

9. A biztosítás területi hatálya

- 9.1. A balesetbiztosítás – ellenkező kikötések hiányában, melyeket a balesetbiztosítás különös feltételei tartalmaznak – az egész világra kiterjed.

10. Közlési kötelezettség

- 10.1. A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződés megkötésekor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismer vagy ismernie kell.
- 10.2. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetve ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalhatja, a szerződést 30 napra írásban felmondja.
- 10.3. A közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettség a szerződő felet és a Biztosítottat egyaránt terheli.

10.4. A Szerződő (Biztosított) köteles a szerződés tartama alatt a következő változásokat 8 munkanapon belül írásban bejelenteni:

- ▶ lakcím (Szerződő, Biztosított),
- ▶ személyi adatok (Szerződő, Biztosított),
- ▶ foglalkozás (Biztosított),
- ▶ tevékenységi kör megváltozása (Biztosított),
- ▶ rendszeresen űzött sporttevékenység (Biztosított).

10.5. A Biztosító a bejelentett, megváltozott körülmények hatására bekövetkező kockázatváltozás (csökkenés vagy növekedés) miatt a lecsökkent vagy megemelkedett kockázat fennállásának időszakára díjcsökkentést vagy díjemelést javasolhat. Miután a Biztosító értesül a Biztosított megváltozott körülményeiről, 15 napon belül írásban tájékoztatja a Szerződőt a megváltozott díjról. Amennyiben a Szerződő a Biztosító szerződésmódosítási javaslatát nem fogadja el, vagy az értesítésre 15 napon belül nem válaszol, a szerződés kockázatnövekedés esetén a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, feltéve, hogy erre a jogkövetkezményre a Biztosító a javaslat közlésével egyidejűleg felhívta a figyelmet.

10.6. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha bizonyítják, hogy:

- ▶ a Biztosító az elhallgatott körülményt ismerte,
- ▶ a közlés elmaradása sem a Szerződőnek, sem a Biztosítottnak nem róható fel,
- ▶ a Biztosított időközben elhunyt, és az elhallgatott vagy nem a valóságnak megfelelően közölt körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

11. Kizárások, mentesülések

11.1. A Biztosító az alábbi kockázatokat kizárja kockázatviselési köréből:

- ▶ háborús, polgárháborús események, felkelés,
- ▶ zavargás, lázadás,
- ▶ radioaktív vagy ionizáló sugárzás (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést),
- ▶ nukleáris energia folytán bekövetkezett balesetek,
- ▶ terrorcselekmények,
- ▶ extrém sportok űzése folytán bekövetkezett balesetek,

- ▶ az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek, ha azok a Biztosított alkohol, kábítószer vagy gyógyszerek miatti lényeges korlátozottsága miatt következtek be.

11.2. A Biztosító mentesül a balesetbiztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. Jogellenes, súlyosan gondatlan magatartás alatt a következőket kell érteni:

- ▶ súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszint vagy a felett) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapotával közvetlen összefüggésben bekövetkező biztosítási események,
- ▶ jogosítvány nélküli járművezetés közben bekövetkező biztosítási események.

11.3. A Biztosító mentesül a balesetbiztosítási összeg kifizetése alól öncsonkítás és annak következményei esetében.

12. Nem biztosítható személyek

12.1. Nem lehet Biztosított, akinek a részére az OOSZI (Országos Orvosszakértői Intézet) szakvéleménye alapján a társadalombiztosítási szervek rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat, járadékot állapítottak meg. Továbbá nem lehet Biztosított az sem, aki szervátültetésen esett át, vagy krónikus vesedializált beteg.

12.2. Nem lehet Biztosított, aki az OOSZI szakvéleménye alapján társadalombiztosítási szervhez munkaképesség-csökkentési kérelmet adott be.

12.3. Ha a biztosítási szerződés tartama alatt lesz betegség miatt munkaképtelen (67%-os) vagy rokkant, akkor a balesetbiztosítási szerződés a hónap utolsó napjával megszűnik. Ebben az esetben a Biztosító annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díjak megfizetését követelheti, amelyben a Biztosító veszélyviselése véget ért.

13. Csökkent biztosíthatóság

13.1. Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségen vagy műtéten estek át, és ennek a baleseti eseményekre kihatása lehet, csak külön szerződési feltételek mellett biztosíthatók. Ezen betegségek, műtétek a következők:

- ▶ szív- és érrendszeri betegségek, a gerincoszlop és a gerincvelő sérülései, betegségei, a csípőízület betegségei,

isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothalás, rosszindulatú daganatok, valamint az ideg- és elmebetegségek, illetve a felsorolt betegségek következményeként fellépő ájulás, szédülés,

► erősen korlátozott látás (8 dioptriától).

14. A biztosítás díja, díjfizetés

- 14.1. A biztosítás díját a biztosítási összeg nagysága mellett a szerződés tartama, a Biztosított belépési kora, neme, foglalkozása és sporttevékenysége határozhatja meg. A belépési kor a biztosítás kezdeti évének és a Biztosított születési évének különbsége.
- 14.2. A biztosítás egyszeri vagy folyamatos díjfizetésű lehet.
- 14.3. Az egyszeri díjas szerződés teljes díja, a folyamatos díjas biztosítás első díja a szerződés létrejöttékor esedékes.
- 14.4. A Biztosító a biztosítási díj éves, féléves, illetve negyedéves részletekben történő kiegyenlítésére ad lehetőséget. A Biztosító éves díjfizetés esetén engedményt ad.
- 14.5. A kiegészítő biztosítás díjfizetési gyakoriságának mindig meg kell egyeznie az alapt biztosítás díjfizetési gyakoriságával.
- 14.6. A Szerződő kérheti a folyamatos díjfizetésű szerződések-nél a tartam alatt, a biztosítási évfordulótól a biztosítási összeg, illetve a díj arányos növelését. A díjemelést a Biztosító jogosult (írásban) visszautasítani.
- 14.7. A Biztosító csak akkor fogadja el a biztosítási összeg növelését, ha a szolgáltatás mértéke legalább 5%-kal növekszik.
- 14.8. Amennyiben a Biztosító a díjemelést elfogadja, a biztosítási összeg növelése az emelt díj befizetésével válik érvényessé. Amennyiben a biztosítási évfordulót követő 2 hónapon belül a többletdíj nem kerül befizetésre, a Biztosító a díj emelését nem hajtja végre, a szerződés eredeti tartalmában marad meg.
- 14.9. A biztosítási összeg, illetve díj emelése mindig a biztosítási évfordulótól történik, és arról a Szerződőnek legalább 30 nappal a biztosítási évforduló előtt írásban kell értesíteni a Biztosítót.

15. Reaktiválás

- 15.1. Ha a Szerződő az elmaradt díj esedékességétől számított 3 hónapon belül a teljes díjhátralékot az időarányos késedelmi kamattal együtt megfizeti, a kockázatviselés a teljes díjhátralék megfizetését követő nap 0 órájától újra kez-

dődhet, amennyiben biztosítási esemény ez alatt az idő alatt nem következett be, a balesetbiztosítás különös feltételeiben meghatározott kizáró ok nem lépett fel, illetve a díjfizetés elmaradásának időtartama alatt nem történt kockázatonövelő esemény.

- 15.2. Reaktiválás esetén a Biztosító a díjjal nem fedezett időszakra a Szerződőtől (Biztosítottól) kármentességi nyilatkozatot kér.
- 15.3. A biztosítás időtartama alatt reaktiválást legfeljebb kétszer lehet igénybe venni.

16. A felek felmondási joga

- 16.1. A biztosítási szerződést írásban, a biztosítási időszak végére kell felmondani. A felmondási idő 30 nap.

17. A szolgáltatásra jogosult személy

- 17.1. A balesetbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szolgáltatásra, ha a szerződés másként nem rendelkezik, a Biztosított vagy (halála esetén) a Kedvezményezett jogosult.

18. A biztosítási esemény bejelentése

- 18.1. A biztosítási esemény bejelentése:
 - a) a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül kell írásban a Biztosítónak bejelenteni,
 - b) a bejelentési határidő elmulasztása esetén a Biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.

19. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

- 19.1. A balesetbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatás igénybevételehez a Biztosító a következő iratok bemutatását kéri:
 - biztosítási kötvény,
 - az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - kárbejelentő,
 - hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról (személyi igazolványa vagy születési anyakönyvi kivonata),
 - továbbá minden olyan dokumentum, mely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges.

- 19.2. Baleseti halál esetén a Biztosító a következő okmányok bemutatását kéri még:
- ▶ halotti anyakönyvi kivonat,
 - ▶ az elhunytat utolsóként kezelő orvostól származó részletes orvosi bizonyítvány vagy – ha ilyen kezelésre nem került sor – más olyan orvosi vagy hatósági bizonyítvány, mely tartalmazza a halál okát, valamint a Biztosított halálát okozó baleset, betegség kezdetének időpontját és lefolyását, illetőleg a halál körülményeit,
 - ▶ külföldön bekövetkezett halál esetén a külföldi hatóság által kiállított hiteles irat hitelesített magyar fordítása, hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat.
- 19.3. A Biztosító szolgáltatásának feltétele lehet, hogy a Kedvezményezett, amennyiben a mindenkor hatályos jogszabályok lehetővé teszik:
- ▶ mentse fel az érintett orvosokat, egészségügyi intézményeket és hatóságokat titoktartási kötelezettségük alól a Biztosítóval szemben, annak érdekében, hogy a Biztosító a biztosítási eseménnyel összefüggő információkat az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a Biztosítottat kezelték, vizsgálták, a kért felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat beszerezze,
 - ▶ illetve járuljon hozzá, hogy a Biztosított tisztázatlan halála esetén a holttestet a Biztosító megvizsgálta, szükség szerint a boncolását és exhumálását elvégeztesse.
- 19.4. A Biztosító kéri a Kedvezményezett jogosultságának igazolására alkalmas iratok bemutatását.
- 19.5. A biztosítási esemény bekövetkeztekor, a Biztosított életben léte esetén a Biztosító megkövetelheti, hogy a Biztosított a Biztosító által előírt orvosszakértői vizsgálatokon részt vegyen.
- 19.6. A hiteles orvosi dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője bírálja el. Vitás esetekben a Biztosítottnak joga van orvosszakértői bizottság felállítását kérni. A bizottság egyik tagját a Biztosító, a másik tagját a Biztosított vagy annak képviselője, harmadik tagját pedig a Biztosító és a Biztosított vagy képviselője közösen jelölhetik meg.
- 19.7. A Biztosító beszerezhet továbbá egyéb iratokat, melyek a biztosítási esemény és a jogosultság tisztázásához szükségesek. Minden olyan adatszerezés költsége, amely a biz-

tosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, azt a felet terheli, aki érdekeit érvényesíteni kívánja, és ezt igazolja.

20. A Biztosított kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezése után

- 20.1. A baleset után mindent meg kell tenni a kár enyhítése érdekében, az akut történésre tekintettel haladéktalanul szakorvosi segítséget kell igénybe venni, és a szükséges teendők elvégzésében a gyógyító eljárás befejezéséig késedelem nélkül az ellátó intézménnyel együtt kell működni.
- 20.2. A balesettel foglalkozó hatóságokat fel kell hatalmazni arra, hogy a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkat megadja és a káresemény tisztázásában a Biztosítóval együttműködjön.

21. A szolgáltatás kifizetése

- 21.1. A Biztosító teljesítése valamennyi szükséges iratnak a Biztosítóhoz történő beérkezését követő 15. napon válik esedékessé.
- 21.2. Késedelmes kifizetés esetén az esedékes biztosítási összeg után a Biztosító a Ptk. 301/A §-ban előírt késedelmi kamatot fizet.
- 21.3. A Biztosító a szolgáltatást a szolgáltatásra jogosult bank-számlájára átutalással vagy lakcímeire utalással teljesíti.

22. A biztosítás elévülése

- 22.1. A biztosításból eredő igények az esedékességtől számított két év alatt elévülnek.

23. Személyes adatok kezelése és titoktartás

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 Biztosító az Ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott

egyéb célból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó Ügyfeleinek azon biztosítási (üzleti) titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, 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 Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.

Az előző két bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az Ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az Ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító, a független biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó Ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) feladatkörében eljáró felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) az adóhatósággal, a következő bekezdésben foglalt esetekben,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviseletével, ezek érdekképviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető hivatallal,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a kártalanítási számlát kezelő szervezettel, az információs központtal, a kártalanítási szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) 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. A k), l), m) és p) pontban megjelölt szerv vagy

személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

Az előző 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 nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

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

- a) kábítószer-kereskedelemmel,
- b) terrorizmussal,
- c) illegális fegyverkereskedelemmel, vagy
- d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

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 (adat-alany) 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 tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

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) Az a-c pontig meghatározott adatok átadását a Biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó 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 kezelheti addig, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó 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.

24. Jogviták

24.1. A felek a jogviták rendezésére a pertárgy értékétől függően kikötik a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a Fővárosi Bíróság kizárólagos illetékességét.

A PostaTestŐr (1 5020) balesetbiztosítás különös feltételei

1. A biztosítási szerződés jellemzői, alanyai

1.1. A Magyar Posta Biztosító Zrt. (továbbiakban Biztosító) Általános balesetbiztosítási feltételei ezen szerződés részét képezi. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a magyar jogszabályok az irányadók. A baleset fogalmára és a kockázatból kizárt eseményekre a Biztosító Általános és különös balesetbiztosítási feltételei vonatkoznak.

2. A biztosítással összefüggő fogalmak

- 2.1. A kórházi fekvőbeteg-gyógyellátás alatt legalább 24 óras folyamatos kórházi benntartózkodást kell érteni, mely a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő távozással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.
- 2.2. Betegség a mindenkori orvostudomány által rendellenesnek tartott biológiai, testi állapot.
- 2.3. A gyógykezelés olyan, az ÁNTSZ engedélyével rendelkező gyógyintézetben történhet, ahol az orvostudomány által elfogadott vizsgálati és kezelési módszerek alkalmazására a szakmai szabályok betartása mellett kerül sor.
- 2.4. Magyarországon kórháznak minősülnek az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete (OOSZI) és az ÁNTSZ által befogadott és/vagy nyilvántartott kórházak és klinikák, amelyek állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt állnak.
- 2.5. Jelen feltétel szempontjából nem minősülnek kórháznak az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, központok és a szanatóriumok, szociális otthonok és azok betegosztályai, a gyógyfürdők, az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, valamint az egyébként kórháznak minősülő intézmények ilyen jellegű osztályai.
- 2.6. Új biztosítási eseménynek minősülnek az olyan balesetek és azok közvetlen következményei, amelyek szakorvosi megítélés alapján időben és térben jól elhatárolhatók korábbi és későbbi biztosítási eseményektől és azok következményeitől.

- 2.7. Az OOSZI III., II., I. rokkantsági csoportokat különböztet meg:
- ▶ a III. rokkantsági csoportba tartozik az, aki egészségromlás, illetőleg testi vagy szellemi fogyatkozás következtében munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette,
 - ▶ a II. rokkantsági csoportba tartozik az, aki munkaképességét 100%-ban elvesztette, de mások által gondozásra nem szorul,
 - ▶ az I. rokkantsági csoportba tartozik az, aki munkaképességét 100%-ban elvesztette és mások által gondozásra szorul.
- 2.8. A foglalkozási betegségeket a Biztosító nem tekinti balesetnek.

3. A biztosítási összeg

- 3.1. A biztosítási összeget a Szerződő a szerződés megkötésekor a megfelelő csomag megjelölésével választja meg.

4. A biztosítási esemény baleseti halál esetén

- 4.1. A Biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező baleseti eredetű halála.

5. A Biztosító szolgáltatása baleseti halál esetén

- 5.1. Ha a halál igazolt módon a baleset napjától számított egy éven belül, a baleset következményeként következik be, a Biztosító kifizeti a baleseti halál biztosítási összegét.
- 5.2. A baleseti haláleseti biztosítási összegből, az ugyanazon balesetből eredő, korábban kifizetett baleseti rokkantsági összeget a Biztosító levonja.
- 5.3. Amennyiben a Biztosító a baleseti rokkantsági összeget a baleseti halál bekövetkezése előtt kifizette és ennek a kifizetésnek az összege meghaladta a baleseti halál összegének kifizetését, a Biztosító a többletkifizetés összegét nem követelheti vissza.
- 5.4. A baleseti halál biztosítási összegének kifizetésével a biztosítás megszűnik.

6. A biztosítási esemény baleseti rokkantság esetén

- 6.1. A biztosítási esemény:
- ▶ a Biztosított baleseti eredetű rokkantsága,
 - ▶ a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkező baleseti eredetű végleges rokkantsága. Baleseti eredetű végleges rokkantságnak kell tekinteni azokat az eseteket, ahol a balesettel közvetlen okozati összefüggésben anatómiai

károsodás következett be, és a gyógyítását követően állandósult funkcionális károsodás marad vissza, mely orvos-szakmai módszerekkel objektíve igazolható.

7. A Biztosító szolgáltatása baleseti rokkantság esetén

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a következő szolgáltatást nyújtja:

- 7.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül a baleset következményeként, bizonyítható módon a Biztosított egészsége az említett eseménnyel összefüggésben véglegesen 25%-ot elérő vagy azt meghaladó mértékben károsodott (rokkant), akkor a Biztosító kifizeti a biztosítási összeg egészségkárosodásnak megfelelő százalékát.
- 7.2. A szolgáltatás mértékét az adott sérülésből, az egyidejűleg elszenvedett többszörös sérülésből adódó végleges állapotot, az állandósult funkcionális károsodás fokát a rokkantsági táblázat alapján kell meghatározni.
- 7.3. A Biztosító csak a 25%-os vagy az azt meghaladó rokkantság esetén nyújt szolgáltatást.
- 7.4. Az állandósult baleseti kár mértékének megállapításakor a mindenkor MABISZ Baleseti sebészeti orvos szakértői útmutatóban foglalt alapelveket és mértékeket kell irányadónak tekinteni.
- 7.5. A rokkantság fokát az alábbi táblázat tájékoztató jelleggel tartalmazza:

Testrészek egészségkárosodása	Térítés mértéke
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egy szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Egyoldali felkar csonkolása	65%
Egyoldali comb csonkolása	60%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Agyzúzdás utáni állapot, súlyos maradványtünetekkel és folyamatos ápolási igénnyel	100%
A nyaki, háti, ágyéki gerincvelő sérülése állandósult bénulással	70–100%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Hüvelykujj elvesztése	10%
Mutatóujjak elvesztése	5%
Többi ujj elvesztése, egyenként	2%

- 7.6. A táblázatban, útmutatóban nem rögzített szervek vagy testrészek elvesztése, funkciócsökkenése esetén a Biztosító orvos szakértője állapítja meg, hogy a Biztosított normál testi teljesítőképessége milyen mértékben csökkent.
- 7.7. Az előzőekben megadott egészségkárosodási százalékos szolgáltatások összegződhetnek, a biztosítási szolgáltatás felső határa a biztosítási összeg.
- 7.8. Ha a baleseti rokkantság mellé baleseti halál biztosítás megkötésére is sor került, és baleset következtében a Biztosított 1 éven belül meghal, a rokkantsági szolgáltatás nem igényelhető, a már kifizetett szolgáltatás a haláleseti összegből levonásra kerül.
- 7.9. A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Ha a Biztosító fizetési kötelezettsége egyértelműen megállapítást nyert, de a várható károsodási fok nem állapítható meg pontosan, a Biztosított előlegként kérheti az abban az időpontban előrelátható károsodási fok szerinti összeg 20 százaléka kifizetését. Az előlegként kifizetett összeg nem haladhatja meg a baleseti halálkor esedékes biztosítási összeget.
- 7.10. Amennyiben a tartós rokkantság foka nem tisztázott egyértelműen, mind a Biztosítottnak, mind a Biztosítónak joga van a baleset napjától számított 2 évig évenként a rokkantság fokának újbóli megállapítását kérni. Ha az új felülvizsgálat magasabb rokkantsági fokot állapít meg, a Biztosító ennek megfelelően térít.
- 7.11. A baleseti rokkantsági összeg 100%-ának kifizetésével a biztosítás megszűnik.

8. A biztosítási esemény baleseti eredetű kórházi napi térítés esetén

- 8.1. A Biztosított baleset miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátása, ha a Biztosított kórházi kezelése okozati összefüggésben áll a biztosítási szerződés kockázatviselése alatt bekövetkező balesettel.
- 8.2. A Biztosító csak a 24 órás és az azt meghaladó benntartózkodást tekinti a feltétel szempontjából kórházi napnak, biztosítási eseménynek.
- 8.3. Nem képeznek biztosítási eseményt a rehabilitáció, a terhesség alatti kórházi ápolás és a terhesség-megszakítás, a

mesterséges megtermékenyítés vagy a fogamzásgátlás valamennyi formája, a plasztikai műtétek és ápolások, gyógypedagógiai, természetgyógyászati kezelések, valamint a gyógytorna és az előzőleg ismert betegségek és műtétek miatti kórházi kezelések.

9. A Biztosító szolgáltatása baleseti eredetű kórházi napi térítés esetén

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a következő szolgáltatást nyújtja:

- 9.1. A Biztosító egy biztosítási éven belül – a kórházi kezelés negyedik napjától – minden olyan naptári napra fizet, amelyen a Biztosított baleset következtében, annak megtörténtétől számított egy éven belül orvosilag indokolt kórházi ellátásban részesül.
- 9.2. A Biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összeget (kórházi napi térítés összegét) fizeti. A Biztosító annyiszor fizeti ki a biztosítási összeget, ahányszor 24 órát a Biztosított folyamatosan kórházban töltött.
- 9.3. A Biztosító egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban maximum 150 napra fizet kórházi napi térítést.

10. A szolgáltatási igény bejelentése a baleseti eredetű kórházi napi térítés esetén

- 10.1. A szolgáltatási igény benyújtásához az Általános baleset-biztosítási feltételekben szabályozottakon túl a következő iratokat kell csatolni:
- ▶ a kórházi zárójelentés, és
 - ▶ az egyéb rendelkezésre álló orvosi dokumentumok.
- 10.2. A szolgáltatási igény elbírálása során a Biztosító kérheti további dokumentumok benyújtását és további orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatásának kezdeményezésére és azok elvégzésére a Biztosító orvos szakértője jogosult.

11. A biztosítási esemény baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén

- 11.1. A Biztosító baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés eseménynek tekinti, ha a Biztosított a biztosítási tartam alatt a 62. életévének betöltése előtt baleset következtében 67%-os vagy afeletti munkaképesség-csökkenést szenved el. A Biztosító az OOSZI szakvéleményén nyugvó

- társadalombiztosítási szerv határozatát (III., II. és I. fokú rokkantsági határozat) fogadja el.
- 11.2. A rokkantság kezdetének időpontja az a dátum, melyre az OOSZI szakvéleményén nyugvó társadalombiztosítási szerv által kiadott rokkantsági határozat utal.
- 11.3. A Biztosító nem szolgáltat abban az esetben, ha a III. fokú rokkantság a Biztosított 52. éves kora után következik be.
- 12. A Biztosító szolgáltatása baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén**
- 12.1. A Biztosító baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén biztosítási összegnek a III. fokú rokkantsági határozat bemutatásakor kifizethető összeget tekinti.
- 12.2. A Biztosító a végleges III. fokú rokkantsági határozat bemutatása után a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset) a szerződés időtartama alatt következett be.
- 12.3. A Biztosító a végleges II. fokú rokkantsági határozat bemutatása után a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset) a szerződés időtartama alatt következett be.
- 12.4. A Biztosító a végleges I. fokú rokkantsági határozat bemutatása után a biztosítási összeg 400%-át fizeti ki, feltéve, hogy a rokkantság előidéző oka (baleset) a szerződés időtartama alatt következett be.
- 12.5. Ha a Biztosító az adott rokkantsági csoportnak megfelelő biztosítási összeg 100%-át kifizette, akkor a biztosítási szerződés megszűnik.
- 13. A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén**
- 13.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a rokkantság létrejöttében tartós, rendszeres alkohol- vagy drogfogyasztás közrehatása igazolható.
- 13.2. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, és visszafizeti a baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés biztosításra befizetett díjakat, amennyiben a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt kerül sor a munkaképesség-csökkenési kérelem beadására.

- 13.3. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított rokkantsági mértékét a Biztosító orvosával ellenőriztesse és megfelelő orvos-szakmai indoklás mellett, azt felülbírálja.

14. A kárigény bejelentése baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén

- 14.1. A Biztosítottnak a biztosítási kárigény benyújtásához az OOSZI szakvéleménye alapján a társadalombiztosítási szervhez benyújtott rokkantsági kérelem másolatát, a kérelem benyújtását követő 8 munkanapon belül be kell terjesztenie a Biztosítóhoz.
- 14.2. A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés esetén:
- ▶ az Általános balesetbiztosítási feltételekben meghatározott iratok,
 - ▶ az OOSZI szakvéleménye,
 - ▶ a társadalombiztosítási szerv által kiadott rokkantsági határozat,
 - ▶ orvosi vélemények és indoklások másolata.

15. A baleseti műtéti térítés biztosítás legfontosabb fogalmai

- 15.1. Műtétnek számít a gyógyító, helyreállító vagy megelőző célú orvosi beavatkozás, amely a testszövetek összefüggését manuálisan, orvosi eszközök segítségével megváltoztatja. Jelen biztosítási szerződés értelmében csak azok a műtétek képeznek biztosítási eseményt, amelyek okozati összefüggésben állnak a biztosítási tartam ideje alatt bekövetkező balesetekkel.
- 15.2. A műtétek besorolása a MABISZ Orvosi Tagozata által elfogadott lista alapján történik. A részletes lista a Biztosítónál megtekinthető.
- 15.3. Nem térített műtéteknek minősülnek pl. azok a többnyire ambuláns ellátást és kórházi felvételt nem igénylő esetek (pl. felületes lágyrész sérülések), melyek gyógytartama a műtéti megoldását követően 8 napon belül várható.
- 15.4. Kis műtétnek minősülnek pl. azok az ambuláns ellátást és kórházi felvételt nem igénylő esetek (pl. felületes lágyrész sérülések), melyek gyógytartama a műtéti megoldását követően 30 napon belül várható, és maradandó testi károsodással nem kell számolni.

15.5. Közepes műtétnak minősülnek pl. azon műtéti úton ellátott sérülések, mely esetekben az ízület (tok), szalagrendszer, egyéb ín-, izomsérülések, perifériás ér- és idegsérülések zárt formái jönnek létre, melyek akut műtéti megoldást igényelnek. Ebbe a műtéti kategóriába tartoznak a csonttörés nélküli, nagy kiterjedésű, 30 napon túli kórházi gyógykezelést igénylő lágyrész sérülések, a kéz és a láb ujjainak töréses sérülései, illetve azok részleges csonkolása, a zárt törések műtéti megoldásai, azok a nagy kiterjedésű lágyrész károsodással járó sérülések, ahol a gyógyítás érdekében műtéti sorozatra és bőrpótló eljárásra van szükség, valamint a testfelszín 30%-át meg nem haladó II., III. fokú égési sérülések.

15.6. Nagy műtétnak minősülnek pl. azok a műtéti megoldások, melyek esetében a sérüléssel közvetlen okozati összefüggésben, a szervezet anatómiailag zárt üregrendszerén belül (koponya, mellkas, has, medence, gerincoszlop) kerül sor műtéti beavatkozásra. A végtagok csonkolása, az ujj (ujjak) egészének eltávolítása, a nyílt csonttörések műtéti úton történő megoldása, a nyílt sérülésekhez társuló ér- és idegsérülések miatt végzett műtétek, és a testfelszín 30%-át meghaladó II., III. fokú égési sérülések.

16. A biztosítási esemény baleseti műtéti térítés esetén

16.1. Biztosítási esemény a Biztosítottnon végrehajtott, baleset következményeként elvégzett műtét(ek).

16.2. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a biztosítás kockázatviselése előtti időben bekövetkezett balesetekre, vagy azok következményeként fellépő bármilyen műtétekre.

16.3. Nem vonatkozik a biztosítási védelem kozmetikai jellegű műtétekre.

17. A Biztosító szolgáltatása baleseti műtéti térítés esetén

17.1. A Biztosító a baleseti eredetű műtéteket 4 csoportba sorolta:

- ▶ nem térített műtétek,
- ▶ kis műtétek, melyek esetében a Biztosító a biztosítási összeg 50%-át téríti,
- ▶ közepes műtétek, melyek esetében a Biztosító a biztosítási összeg 100%-át téríti,
- ▶ nagy műtétek, melyek esetében a Biztosító a biztosítási összeg 200%-át téríti.

17.2. A biztosítási szolgáltatás a következő korlátozásokkal kerül kifizetésre:

▶ A kifizetendő térítés egy biztosítási éven belül nem haladhatja meg a választott biztosítási összeg háromszorosát.

18. A baleseti műtéti térítés biztosítás megszűnése

18.1. A biztosítási szerződés az Általános balesetbiztosítási feltételekben és a **PostaTestŐr** balesetbiztosítás különös feltételeiben szabályozott esteken túl akkor is megszűnik, ha a Biztosító a szolgáltatás maximumát kifizette.

19. A szolgáltatási igény bejelentése a baleseti műtéti térítés biztosítás esetén

19.1. A szolgáltatási igény benyújtásához az Általános balesetbiztosítási feltételekben meghatározottakon túl a következő iratokat kell csatolni:

- ▶ a műtéti leírás,
- ▶ a kórházi zárójelentés és
- ▶ egyéb rendelkezésre álló orvosi dokumentumok.

19.2. A szolgáltatási igény elbírálása során a Biztosító kérheti további dokumentumok benyújtását és további orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatásának kezdeményezésére és azok elvégzésére a Biztosító orvosa a jogosult.

20. A biztosítási esemény csonttörés esetén

20.1. Csonttörés: külső mechanikai behatás következtében a csont folytonossága teljes keresztmetszetében megszakad.

20.2. Nem képeznek biztosítási eseményt a csontrepedések.

20.3. Nem minősül biztosítási eseménynek a fogtörés, fogpótlás.

21. A Biztosító szolgáltatása csonttörés esetén

21.1. Csonttörés esetén a Biztosító kifizeti a szerződésben meghatározott biztosítási összeget.

21.2. Egy biztosítási éven belül a Biztosító maximum háromszor fizet csonttörés biztosítási eseményt.

22. A Biztosító mentesülése

22.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bármely csontbetegség (pl.: rosszindulatú csont- és porc-daganatok minden formája, illetve egyéb szervekből kiinduló daganat áttételeinek következtében létrejött patoló-

giás csonttörés, csontvelőgyulladás (osteomyelitis), csont-ritkulás (osteoporosis), csontlágylás (osteomalacia)), illetve azok szövődménye közvetve vagy közvetlenül részben vagy egészében közrehatottak a biztosítási esemény bekövetkezésében.

23. A szolgáltatási igény bejelentése csonttörés esetén

23.1. A szolgáltatási igény benyújtásához az Általános baleset-biztosítási feltételekben szabályozottakon túl a következő iratokat kell csatolni:

► a rendelkezésre álló orvosi dokumentumok (röntgen lelet).

24. A biztosítási tartam

A **PostaTestŐr** határozatlan tartamra köthető.

25. A biztosítás díjfizetése

25.1. A Biztosító a biztosítási díj éves, illetve féléves, B és C csomag esetén negyedéves részletekben történő kiegyenlítésére ad lehetőséget. A Biztosító éves díjfizetés esetén engedményt ad.

26. Kizárások

26.1. A Biztosító a különösen veszélyes foglalkozást űzőket nem biztosítja (akrobaták, cirkuszi állatápolók, állatszelídítők, hegymentők, hegypásztorok, kaszkadőrök, kommandósok, mélytengeri búvárok, pénzszállítók, pirotechnikusok, robbantómesterek, robbantómunkások, tűzszerészek, rendőrök, testőrök).

26.2. A Biztosító mentesül a szolgáltatás alól, ha a biztosítási események bekövetkezésére veszélyes sportok, különösen az autó-motor sport versenyek (tesztvezetés, raliverseny), szikla- és hegymászás, barlangászat, mélytengeri búvárkodás, repülő sportok, snowboard, ejtőernyős ugrások, siklóernyőzés, vadvízi evezés (kivéve rafting) következtében kerül sor.

27. A Biztosított kora

27.1. A **PostaTestŐr** biztosítottja 1–62 éves korú lehet. A Biztosított kora lejáratkor nem haladhatja meg a 63. életét.

PostaTestŐr (1 5020)

Ügyfélértájkosztató és biztosítási feltételek

EGYSZERŰ
KÖZELI
BIZTOS
KEDVEZŐ

Elérhetőségeink:

1535 Budapest, Pf. 952

06 40 200 480

info@mpb.hu

www.mpb.hu

Személyesen bármely postán



Az elérhető gondoskodás

Posta
Biztosító