

Tisztelt Ügyfelünk!

Jelen általános szerződési feltételek, melyek egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak, a hatályos magyar jogszabályok, így különösen a Polgári törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény, valamint a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján jött létre.

Jelen biztosítási feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó.

Az orvosi vizsgálaton részt vett biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében jogosult a vizsgálati eredményeket az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.

A jelen biztosítási feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. tv. rendelkezései is irányadók.

A szerződési feltételek a SIGNAL Biztosító Rt. balesetbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a Balesetbiztosítási Általános Feltételekre hivatkozással kötötték.

Nem alkalmazandók a Balesetbiztosítási Általános Feltételek egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazásának kizárását az egyes balesetbiztosítási különös és kiegészítő feltételek kifejezetten előírják.

Társaságunk cégneve: SIGNAL Biztosító Részvénytársaság

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Cégjegyzék száma: 01-10-042159

1. A biztosítási esemény

1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a balesetbiztosítási esemény bekövetkeztekor áll be.

Balesetbiztosítási esemény olyan, a biztosított akarátán kívül fellépő hirtelen külső behatás, amelynek következménye a biztosítottnak a baleset megtörténteitől számított egy éven belül

- halála
- tartós egészségkárosodása (rokkantsága),
- illetve a különös és kiegészítő biztosítási feltételekben felsorolt egyéb biztosítási események.

2. Balesetbiztosítási eseménynek minősülnek az alábbi, a biztosított akarátán kívüli események is:

- vízbefúulás,
- égési sérülések, leforrázás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai.

3. Betegségek nem minősülnek balesetnek.

2. A biztosítási szerződés alanyai

1. Biztosítási szerződés megkötésekor a szerződő és a biztosított személye különválhat. Szerződő: a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díjat tartozik fizetni.

Biztosított: az a személy, akinek biztosítási tartamon belüli balesete esetén a biztosító szolgáltatási (fizetési) kötelezettsége beáll.

Kedvezményezett: a biztosító szolgáltatására jogosult személy, aki lehet:

- a szerződésben megnevezett személy,
- a biztosított örököse, ha kedvezményezettet a szerződésben nem jelölt meg.

2. A szerződő az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, ehhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

3. A szerződés létrejötte, a kockázatviselés kezdete

1. A biztosítási szerződés a szerződő által benyújtott ajánlat alapján, vagy a felek írásbeli megállapodásával, vagy a kötvény kiállításával jön létre.

2. A balesetbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos - a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

3. A biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának megfizetését követő nap 0 órájaktól kezdődik, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan határozásban állapodnak meg, vagy a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti feltéve, hogy a balesetbiztosítási szerződés már létrejött vagy többé létrejön.

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

4. A biztosítási időszak, a szerződés megszűnésének esetei, maradvékjogok

1. A biztosítás határozott vagy határozatlan időtartamra köthető. Biztosítási időszakra - kivéve, ha a megkötött szerződés rövidebb időre szól - egy éves időtartam tekintendő

(biztosítási év).

2. A szerződés megszűnhet:

- a biztosított személy elhalálozásával
- díj nemfizetés miatt
- felmondással
- határozott idejű szerződések esetén a szerződésben megjelölt időpontban.

A balesetbiztosítási szerződést írásban a biztosítási időszak végére kell felmondani. A felmondási idő 30 nap.

3. A biztosítás maradvékjogokkal nem rendelkezik, így nem visszavásárolható, nem díjmentesíthető, valamint nincs lehetőség kölcsön felvételére sem.

5. A biztosítási díj

1. A biztosítási díj fizetése lehet egyszeri vagy folyamatos. A folyamatos díj éves díj. Az egyszeri díj illetve az első biztosítási évre szóló díj a szerződés létrejöttekor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

2. Ha a szerződő az első vagy az egyszeri díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a biztosító kamatmentesen kezeli.

3. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosítót az egész biztosítási évre járó díj megilleti.

4. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díjnak megfizetését kérheti a biztosító, amelyben a kockázatviselés véget ért.

6. Késedelmes díjfizetés

1. Ha a szerződő az első időszakra járó díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, és halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, a szerződés megszűnik.

2. Ha a szerződő a későbbi díjakat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az esedékességtől számított 45 napig viseli, ez alatt az idő alatt a szerződő az elmulasztott díjat pótolhatja, ha ez nem történik meg, a szerződés megszűnik.

7. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)

1. Ha a biztosított a szerződés díj nemfizetése miatt megszűnésétől számított 5 hónapon belül díjat fizet, és a biztosító vállalja a kockázatot, a szerződés a díjfizetést követő nap 0 órájától újra hatályba lép, feltéve, hogy biztosítási esemény nem következett be, és az utólagos díjfizetés fedezi a folyó biztosítási év még kiegyenlített díját, levonva abból azt a díjrészt, amely arra az időre vonatkozik, amíg a biztosító nem viselte a kockázatot.

A szerződés díj nemfizetése miatt megszűnésétől számított 5 hónap után beérkező díjak nem eredményezik a szerződés újbóli hatálybalépését és a biztosító kockázatviselését.

2. Újra érvénybehelyezéskor a biztosító vizsgálhatja a biztosított személy egészségi állapotát.

3. A biztosítás tartama alatt újra érvénybe helyezést legfeljebb kétszer lehet igénybe venni.

4. A biztosítás újra érvénybe helyezését csak az első biztosítási év eltelte után lehet igénybe venni.

8. Közlési kötelezettség

1. A szerződő (ha szerződő és a biztosított nem azonos személy, a biztosított is) szerződéskötéskor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. Az ajánlat-tételkor a biztosító által írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válaszzal a felek eleget tesznek közlési kötelezettségüknek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

2. A biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, szabadidős tevékenységével kapcsolatosan baleseti kockázatának elbírálása érdekében a biztosító jogosult kérdéseket feltenni, továbbá orvosi vizsgálatot és egészségi nyilatkozat kitöltését is kérheti.

3. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítja, hogy az elhallgatott körülményeket a szerződéskötéskor a biztosító ismerte, vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére.

4. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg - ha a kockázatot a biztosító kockázatbírálási szabályzata értelmében nem vállalhatja, a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. A kockázatbírálási szabályzat a SIGNAL Biztosító Rt. Vezérigazgatóságán található.

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.

9. A biztosított a biztosítási ajánlatban közölt szakmája ill. foglalkozása megváltozásának bejelentése

1. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítónak 5 munkanapon belül bejelenteni, ha a biztosított ajánlatban közölt szakmája ill. foglalkozása megváltozott.
 2. A sorkatonai vagy tartalékos katonai szolgálat teljesítése nem jelenti a szakma, illetve a foglalkozás megváltozását.
 3. A biztosító a biztosított új szakmájára illetve foglalkozására vonatkozóan 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetve ha a kockázatot a kockázatelbírálási szabályzat értelmében nem vállalhatja, a biztosítási szerződést a bejelentéstől számított 30 napos határidővel írásban felmondhatja.
 4. Amennyiben a biztosított új szakmája alapján a bejelentés időpontjában érvényes díjszabás szerint a korábbiánál alacsonyabb díjat kellene fizetni, a bejelentés beérkezésekor az eredeti biztosítási kötvényben megállapított díj és az új szakma illetve foglalkozás után fizetendő magasabb díj arányában állapítja meg.
 5. Ha a változás után fizetendő díj magasabb a korábbiánál, attól az időponttól kezdődően, amikor a változásra vonatkozó bejelentésnek a biztosítóhoz be kellett volna érkeznie, a biztosító három hónapon át a biztosított új szakmájára vonatkozóan is teljes egészében viseli a kockázatot.
- Ha a három hónap letelte után a biztosított új szakmájára ill. foglalkozására visszavehető biztosítási esemény következik be, azonban a biztosított az erre vonatkozó bejelentési kötelezettségének nem tett eleget, a biztosító a fizetendő szolgáltatás mértékét az eredeti biztosítási kötvényben megállapított díj és az új szakma illetve foglalkozás után fizetendő magasabb díj arányában állapítja meg.

10. Egyéb változások bejelentése

A szerződés tartama alatt bekövetkezett lakcímváltozást, személyi adatokban bekövetkezett változást, illetve egyéb a kockázatelvállalás szempontjából lényeges változást (versenyszerű sport- és veszélyes hobbytevékenység miatt) mind a szerződőnek, mind a biztosítottnak 5 munkanapon belül közölnie kell a biztosítóval.

11. A szerződés területi hatálya

A balesetbiztosítási szerződés alapján a biztosító kockázatviselése - ezzel ellentétés szerződéses kikötés hiányában - egyaránt kiterjed belföldön és külföldön bekövetkezett biztosítási eseményekre.

12. Nem biztosítható személyek

1. Nem biztosíthatóak a súlyos idegbeteg, az elmebeteg és az állandó gondozásra szoruló. Állandó gondozásra szorulóknak tekintendő, aki mindennapi életviteléhez állandóan és tartósan külső segítséget kényszerül igénybe venni.
- Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik biztosíthatatlanná, a biztosító teljesítési kötelezettsége csak akkor áll fenn, ha a biztosítási esemény bekövetkezése és a biztosított állapota között nincs ok-okozati összefüggés.
- Amennyiben a biztosító tudomást szerez a biztosított biztosíthatatlanná válásáról, és kockázatot a kockázatelbírálási szabályzata értelmében nem vállalhatja, a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja.
2. Nem biztosíthatóak a 70. életévüket betöltött személyek. A biztosító a biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik biztosíthatatlanná, függetlenül attól, hogy előtte biztosítási esemény bekövetkezett vagy sem, a biztosítottra vonatkozóan a szerződést a biztosító a biztosítási évforduló előtt 30 nappal írásban felmondja.
3. Nem biztosítható személyekre vonatkozóan biztosítási szerződés nem köthető.

13. Csökkentett biztosításképesség

Azok a személyek, akik testi fogyatékoságban vagy betegségben szenvednek, súlyos betegségen vagy műtéten estek át, a biztosító és a biztosított megállapodása szerint külön feltételekkel (például ellenében, esetleg kizárásokkal) biztosíthatók, amennyiben a feltételek baleseti eseményre kihatása lehet.

Ide tartoznak:

- szív- és érrendszeri betegségek, ájulás, szédülés, a gerincoszlop és a gerincvelő betegségei, továbbá a csípőizület betegségei, isiász, csontvelőgyulladás, cukorbetegség, nagyothallás, rosszindulatú daganatok, beleértve az ideg- és agymegbetegedéseket is.
- szempanaszok erősen korlátozott látással (rövidlátás 8 dioptriától)

A megállapodás szerinti külön feltételeket a biztosító a biztosítási kötvényben, illetve a szerződésben feltünteti.

14. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

1. Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek akkor, ha az ittasságon, kábítószerrel bódított szerek fogyasztásán alapul, valamint agyvérzés, epilepsziás roham és egyéb, a biztosított egész testére kiterjedő görcsös roham következtében bekövetkező balesetek. Ha az említett roham olyan baleset következménye, amelyre a kockázatviselés kiterjed, a biztosítási védelem fennáll.
2. A biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyí-

tó célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás, amennyiben erre nem valamely biztosítási esemény miatt került sor.

3. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetek. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynak.
4. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás során bekövetkezett balesetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről volt szó.
5. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése közben került sor.
6. Motor nélküli légijármű (repülő szerkezet), segédmotoros vitorlázórepülőgép, motoros sárkányrepülő valamint ejtőernyő használata közben bekövetkezett balesetek.
7. Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszervezett valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.
8. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.
9. Megemelés, rándulás, napszúrás, hóguta, fagyás, habituális ficam, patológiás törés, kivéve, ha az baleset következménye.
10. Autó-motorsport, motorcsónak versenyeken (ideértve a tesztúrákat és rally versenyeket is) és ezekkel kapcsolatos edzéseken való aktív részvétel során bekövetkező balesetek, ideértve a jármű személyzetét (sportolók) és a kisegítő személyzetet.
11. Közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen) által okozott balesetek.
12. Fertőzések esetén fennáll a biztosítási védelem, ha a kórokozó olyan baleseti sérülés következtében kerül a szervezetbe, amelyre a kockázatviselés kiterjed. Kismértékű bőr- és nyálkahártyasérülések nem tartoznak ezen baleseti sérülésekhez. Ha a kórokozó ezen keresztül jut a szervezetbe (azonnal vagy később) a biztosítási védelem nem áll fenn. Ez a korlátozás a veszélyességre és a tetanuszra nem vonatkozik. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.
13. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe.
14. Recehártyaleválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.
15. A szerződés megkötésének időpontjában már bármely okból sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott - nem ép - testrészek a biztosításból ki vannak zárva.

15. A kockázatviselés korlátozása

1. Hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívülről jövő behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem örökletes tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.
2. Porckorongsérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglévő betegség súlyosbodásának a következménye.
3. Belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.
4. Pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozta.

16. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála, illetve sérülése

- a kedvezményezett szándékos magatartása következtében,
- a biztosított szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a biztosított súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartása folytán következett be.

17. A biztosítási szolgáltatások

I. Tartós egészségkárosodás (rokkantság)

1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan károsodott (rokkant marad), a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

A rokkantság fokát az alábbiak szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása:	Térítés:
Egy kar vállizületből való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70 %
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65 %
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése ill. teljes működésképtelensége	60 %
Egy kéz teljes elvesztése, illetve teljes működésképtelensége	55 %
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20 %
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10 %
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5 %
Egy láb combközépig felettig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70 %
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60 %

Egy láb térd alatt való elvesztése, illetve teljes működésképtelensége	50 %
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45 %
Egyik lábfej teljes elvesztése, illetve. teljes működésképtelensége	40 %
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5 %
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2 %
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100 %
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50 %
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60 %
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30 %
A szaglóérzék teljes elvesztése	10 %
Az izlelőképesség teljes elvesztése	5 %

2. Az előző pontból adódó egészségkárosodási százalékok összegeződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Ennek megfelelően tehát amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal az egészségkárosodási százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán az egészségkárosodási százalékok összegződnek és a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése ill. részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott egészségkárosodási százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni.

Ha a rokkantság foka az egészségkárosodási tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működésképtesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe. A tartós egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

3. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított tartós egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is szerezhethet be orvosi véleményt. Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő magasabb egészségkárosodási százalékot állapított meg, vagy, ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

4. A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható károsodási fok szerint járó kifizetést.

5. Amennyiben a tartós rokkantság foka nem tisztázott egyértelműen, mind a biztosítottaknak, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig évenként a rokkantság fokának újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosító ennek megfelelően térít. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosítottaknak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszatérítenie.

6. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő egy éven belül a balesetből kifolyólag következik be, rokkantsági szolgáltatásra vonatkozó igény nem támasztható,
- a balesetet követő egy éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított egy év eltelte után következik be, olyan rokkantsági fok után teljesítendő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

II. Baleseti halál

1. Ha halál a balesetet követő egy éven belül, a balesetből kifolyólag következik be, a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére megállapított összeget fizeti ki. A haláleseti kifizetésből az ugyanazon eseményből eredően tartós rokkantsági szolgáltatásként már kifizetett összegeket levonja, s csak a különbözetet fizeti ki.

2. Amennyiben a biztosító baleseti rokkantsági szolgáltatást már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege alacsonyabb, mint a rokkantsági szolgáltatásé a többletkifizetést nem követelheti vissza.

18. A biztosítási esemény bejelentése

1. A biztosított, a biztosítási szolgáltatásra igényt tartó személy, illetve azok képviselője köteles a biztosítónak a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban bejelenteni, a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

2. Halálesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették.

3. Baleseti rokkantságra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

4. A bejelentési határidők elmulasztása esetén a biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.

19. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított, illetve a

szolgáltatásra jogosult a szolgáltatási kötelezettség beálltának és összecszerzésének megállapításához szükséges iratokat maradéktalanul a biztosító rendelkezésre bocsátotta.

2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító következő iratok bemutatását kéri:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
- az utolsó díjfizetést igazoló nyugta
- a biztosított, illetve kedvezményezett érvényes személyi igazolványa vagy születési anyakönyvi kivonata
- halál esetén
 - a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
 - a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
 - a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok.
- hatósági eljárás esetén
 - az eljárást lezáró jogerős határozat,
 - a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vád-irat,
- azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek.
- örökös minőség igazolására
 - jogerős hagyatékátadó végzés.
- továbbá minden olyan dokumentum, vagy egyéb adat, mely a biztosítási esemény, illetve a biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges, így különösen a biztosított korábbi egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok.

3. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényt a biztosítóval szemben érvényesíti..

4. A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazhatja a biztosítót, hogy a biztosítási szerződéssel, illetve a szolgáltatási kötelezettség beálltával összefüggésben más biztosítótól információkat szerezzen be, valamint azoktól az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a biztosítottat kezeltek, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszeresse.

A felhatalmazás megadását követően is köteles azonban a biztosított, illetve a szolgáltatásra igényt érvényesítő az adatok, dokumentumok beszerzése során a biztosítóval együttműködni.

20. A biztosított egyéb kötelezettségei

1. A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy baleseti halála esetén holttestét orvosokkal megvizsgálta, ha szükséges felboncoltassa.

2. A baleset után a biztosítottaknak haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejeztéig folytatni kell, gondoskodni kell a baleset következményeinek - a lehetőség szerint - elhárításáról és enyhítéséről.

3. A biztosító előírhatja, hogy a biztosított a biztosító által megnevezett orvosokkal indokolt esetben megvizsgálta magát.

21. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók

A biztosító a biztosítási ügynök, a biztosítási alkuusz, a biztosított (szerződő, kedvezményezett, károsult) személyes adatait, annak hozzájárulásával kezelheti. Különleges személyes adatok kezeléséhez, illetőleg a személyes adatok külföldi adatkezeléséhez a biztosított írásbeli hozzájárulására van szükség. A biztosított (szerződő, kedvezményezett) személyes adatairól jogosult tájékoztatást kapni, a biztosító - kérésére - adatait nyilvántartásaiban módosítja.

22. Titoktartási kötelezettség

1. 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.

2. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a következő bekezdésben meghatározott célokból, 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 titkait 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 az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

3. Az előző 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.

4. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terheli a biztosítót, a független biztosításközvetítőt, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat,

akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

- 5.** Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
- a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
- 6.** A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatósággal 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,
 - az adóhatósággal, 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 feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,
 - 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 információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - az e törvényben meghatározott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető Hivatallal,
 - az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvéző biztosítóval,
 - 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,
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
 - az európai uniós támogatások felhasználásának szabályszerűségét ellenőrző Európai Csalásellenes Hivatallal (OLAF)
 - fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adata 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.

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

8. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy biztosítási 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 Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

Az előző bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

9. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozóhatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- kábítószerek-kereskedelemmel,
- terrorizmussal,
- illegális fegyverkereskedelemmel, vagy

d) a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

10. Biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás által kezelt biztosítási titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

A biztosítási titokra egyebekben a Ptk. 81. §-ában foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

23. A szolgáltatásra jogosult személy

- A haláleseti szolgáltatásra a haláleseti kedvezményezett jogosult.
- Egyéb szolgáltatás felvételére a szolgáltatás kedvezményezettje a jogosult.

24. A szolgáltatás kifizetése

- A biztosító szolgáltatásait a kedvezményezett részére postai utalással, vagy banki folyószámlára utalással teljesíti.
- A biztosító vállalja, hogy a biztosítási szolgáltatások kifizetéséhez szükséges összes irat kézhezvételétől számított 15, a rokkantság esetén 30 napon belül a szolgáltatás iránti igény jogosságát elbírálja és arról nyilatkozik.
- A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás iránti igény jogosságának elismerését illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 15 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.

25. A kötvény

- A biztosító a szolgáltatásait csak a kötvény bemutatása ellenében köteles kifizetni.
- Ha a kötvény elveszett vagy megsemmisült a szerződő (biztosított) köteles azt bejelenteni, amelynek alapján a biztosító másolatot állít ki. A másolat kibocsátásával egyidejűleg az eredeti kötvény érvénytelenné válik. Ezt a tényt a biztosító a másolaton záradékban feltünteti.

26. Jognyilatkozatok

A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket írásban kell a biztosító felé megtenni.

27. A biztosítás értékének megőrzése

- A biztosítás értékének megőrzését a biztosítási díj és a biztosítási összeg évenkénti azonos arányú emelése biztosítja. Az emelésre a biztosító tesz ajánlatot a szerződőnek. Az emelést a biztosított baleseti kockázatának újabb vizsgálata nélkül hajtja végre.
- A díjemelkedés mértéke minden évben a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, az előző naptári év inflációs rátájával egyenlő. A biztosító javaslatot tehet az inflációs rátánál magasabb díjemelésre is.
- Ha az inflációs ráta nem éri el a 2 %-ot, a biztosító a díjemelést szüneteltetheti.
- A biztosítási díj és összeg emelkedése a biztosítás megkötését követő első biztosítási évfordulón kezdődik és évente következik be. Biztosítási évforduló minden év azon hónapjának azon napja, amely a biztosítási kötvényen a hatályba lépés időpontjaként szerepel.
- A biztosítási évfordulót megelőzően legalább 30 nappal a biztosító minden évben értesítést küld a megemelkedett díjról és biztosítási összegről. A szerződőnek jogában áll a díjnövelést visszautasítani, ha ezt a biztosítási évfordulóig nem teszi meg írásban, a biztosító a megnövekedett díjat tekinti érvényesnek. Ha a szerződő egymás után két díjnövelést utasít vissza, a továbbiakban nincs lehetősége újabb növelésre.

28. Elévülés

A balesetbiztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított két év alatt évülnek el.

Fogyasztói panaszokkal foglalkozik a SIGNAL Biztosító Rt. (1123 Budapest, Alkotás u. 50.), a Pénzügyi Szervek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség (1088 Budapest, József krt. 6.), illetve a megyei fogyasztóvédelmi felügyelőségek, továbbá a területi gazdasági kamarák mellett működő békéltető testületek.

A fogyasztói jogviták rendezése fentiekben túl bírói úton, polgári peres vagy nem peres (fizetési meghagyásos eljárás) eljárás keretében lehetséges.