

Tartalomjegyzék

SIGNAL EXPRESSZ Balesetbiztosítási Általános Feltételek (ÁSZF)	2
SIGNAL EXPRESSZ Balesetbiztosítási Különös feltételek (A1505)	16
Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8910)	18
Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8920)	19
Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8930)	20
Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8935)	21
Személyi felelősségbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8936)	22
Tanulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8956)	23
Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8960)	24
Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8990)	26
Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8995)	27

SIGNAL EXPRESSZ BALESETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK (ÁSZF)

Jelen általános szerződési feltételek, melyek egyben **ügyletfeltájekoztatóul** is szolgálnak, a hatályos magyar jogszabályok, így különösen a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (továbbiakban: Ptk.), valamint a biztosítókra és a biztosítási tevékenységre szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) alapján jöttek létre. **Az ügyletfeltájekoztatónak minősülő részek vastag betűvel szedettek.**

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. törvény rendelkezései is irányadók lehetnek.

A szerződési feltételek a SIGNAL Biztosító Zrt. SIGNAL EXPRESSZ balesetbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a SIGNAL EXPRESSZ balesetbiztosítási Általános Feltételekre (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték.

Nem alkalmazandók az ÁSZF egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazását az egyes különös és kiegészítő feltételek kifejezetten kizárják.

Jelen biztosítási feltételek, illetve **ügyletfeltájekeztató** alapján létrejövő biztosítási szerződésre, illetve az annak alapján való igényérvényesítésre vagy az azzal kapcsolatos jogviták elbírálására, az eljárás szabályait is ideértve, a magyar jog az irányadó.

A biztosító neve: SIGNAL Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Cégjegyzék száma: 01-10-042159

Adószáma: 10828704-2-44

KSH száma: 10828704-6511-114-01

1. A biztosítási esemény

1.1. Jelen szabályzat szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a különös és kiegészítő biztosítási feltételekben részletesen meghatározott események.

1.2. Biztosítási esemény kizárólag a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, váratlan baleset, illetve annak következménye.

2. A biztosítási szerződés alanyai

2.1. 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 a biztosítási tartamon belüli halála vagy balesete esetén a biztosító szolgáltatási (fizetési) kötelezettsége beáll.

Kedvezményezett: a biztosító szolgáltatására (ÁSZF 19. pont) jogosult személy, aki lehet:

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

2.2. A szerződő és a biztosított együttesen az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg.

2.3. Belépési kor: a biztosító a biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

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

3.2. A biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt előírhat orvosi vizsgálatot, vagy a kockázatelbírálás szempontjából szükséges egyéb igazolások, dokumentumok benyújtását kérheti. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy az így tudomására jutott adatokat ellenőriztesse. A biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai az ajánlat részét képezik.

3.3. A kockázatelbírálás eredményétől függően a biztosító a biztosítási ajánlatot elfogadja, elutasítja vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat

esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.

- 3.4. Ha a biztosító az írásbeli megállapodás alapján kötvényt állít ki és a kötvény tartalma a szerződő fél ajánlatától eltér, a biztosítónak fel kell hívni a szerződő fél figyelmét az eltérésre. Amennyiben az eltérést a szerződő fél 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ha a szerződő az eltérést a kötvény kézbesítésétől számított 15 napon belül írásban elutasítja vagy kifogásolja, a szerződés nem jön létre.
- 3.5. A biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához - ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos - a biztosított (vagy törvényes képviselőjének) írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 3.6. Érvényesen létrejött szerződés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egyszeri díjának megfizetését követő nap 0. órájkor kezdődik. Ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, akkor a kockázatviselés a halasztásban megjelölt időpont 0. órájkor kezdődik.
- 3.7. 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.

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

- 4.1. A biztosítás határozott vagy határozatlan időtartamra köthető. Biztosítási időszaknak – kivéve, ha a megkötött szerződés rövidebb időre szól - egy éves időtartam tekintendő (biztosítási év).
- 4.2. A szerződés megszűnhet:
- a biztosított személy elhalálozásával
 - díj nemfizetés miatt
 - felmondással
 - határozott idejű szerződések esetén a szerződésben megjelölt időpontban.

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

5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg

- 5.1. A biztosítási díj fizetése folyamatos. A folyamatos díj éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép hatályba. Az első biztosítási évre szóló díj a szerződés létrejöttékor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- 5.2. Ha a szerződő az első díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.
- 5.3. Ha a különös feltételekben részletesen meghatározott biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosítót az egész biztosítási évre járó díj megilleti.
- 5.4. A kezdeti biztosítási összeget a szerződés-kötéskor a szerződő választja a biztosító által megadott lehetőségek közül.
- 5.5. A biztosító jogosult minden biztosítási időszakra új biztosítási díjat és/vagy biztosítási összeget megállapítani. A biztosító az új díjról és/vagy biztosítási összegről, annak hatályba lépése előtt legalább 60 nappal köteles tájékoztatni a szerződőt. Amennyiben a szerződő az új biztosítási díjat és/vagy biztosítási összeget nem fogadja el, jogosult a jelen feltételek 4.2. pontja alapján a biztosítási szerződést az évforduló előtt legalább 30 nappal, írásban felmondani.

6. Késedelmes díjfizetés

- 6.1. 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.
- 6.2. 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, és a biztosító halasztást sem adott, a szerződés megszűnik.

7. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)

7.1. Ha a szerződő a szerződés díjnemfizetés miatti megszűnésétől számított 150 napon belül írásban jelzi reaktiválási szándékát, azt a biztosító 30 napon belül elbírálja, és a döntéséről a szerződőt írásban értesíti.

7.2. A szerződés díjnemfizetés miatti megszűnését követően beérkező díjak nem eredményezik a szerződés automatikus újbóli hatálybalépését és a biztosító újbóli illetőleg folytatólagos kockázatviselését.

8. Közlési kötelezettség

8.1. A szerződő és a biztosított köteles szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. Az ajánlattételkor a biztosító által írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal a felek eleget tesznek közlési kötelezettségüknek.

8.2. 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.

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

8.4. 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 kockázatelbírálási szabályzata értelmében nem vállalhatja – a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

Ha a biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül írásban nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

9. A szerződés visszavásárlása, díjmentes leszállítása, kötvénykölcson, maradékjogok

A biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem visszavásárolható, és nincs lehetőség díjmentes leszállításra, illetve szolgáltatási előleg (kötvénykölcson) felvételére sem.

10. Egyéb változások bejelentése

A szerződés tartama alatt bekövetkezett lakcímváltozást, személyi adatokban bekövetkezett változást, illetve egyéb, a kockázatvállalás szempontjából lényeges változást (pl. versenyszerű sport- és veszélyes hobbitévékenység vagy foglalkozás megváltozása) mind a szerződőnek, mind a **biztosítottnak 5 munkanapon belül írásban közölnie kell** a biztosítóval.

11. Orvosi vizsgálat, egészségi nyilatkozat, várakozási idő

11.1 A biztosító a szerződés megkötéséhez kérheti az általa összeállított egészségi nyilatkozat(ok) kitöltését valamint a biztosított egészségi állapotának vizsgálatát.

11.2 A biztosító várakozási időt nem köt ki.

12. A szerződés területi hatálya

A biztosítási szerződés alapján a biztosító kockázatviselése – ezzel ellentétes szerződéses kikötés hiányában – egyaránt kiterjed belföldön és külföldön bekövetkezett biztosítási eseményekre.

13. Nem biztosítható személyek

13.1. Nem biztosíthatóak a súlyos idegbeteg, az elmebetegek és az állandó gondozásra szorulóak. Állandó gondozásra szorulóknak tekintendő, aki mindennapi életviteléhez állandóan és tartósan külső segítséget kényszerül igénybe venni.

13.2. Nem biztosíthatóak a hivatásos sportolók, akik a sportolást jövedelemszerzés céljából végzik.

13.3. Nem biztosíthatóak a 70. életévüket betöltött személyek.

13.4. Nem biztosíthatóak az alábbi személyek:

- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír,
- idült szív- és keringési rendszeri betegségben szenved,
- vérzékeny,
- inzulin-függő (I. típusú) cukorbetegségben szenved,
- dialízis kezelésben részesül,
- Alzheimer-kórban szenved,
- skizofrén,
- Parkinson-kórban szenved,
- 5 évnél régebben diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
- HIV-fertőzött,
- sokizületi gyulladásban szenved,
- csonttritkulás megbetegedésben szenved,
- egyensúlyi zavarban szenved,
- vak,
- aki a biztosítás megkötését megelőző egy évben olyan balesetet szenvedett, amely miatt szakorvos által igazoltan 30 napon túl munkaképtelen volt.

13.5. Nem biztosítható személyekre vonatkozóan biztosítási szerződés nem köthető.

13.6. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik biztosíthatatlanná, az adott biztosítási időszak utolsó napjával megszűnik a szerződés. Ezen időszakban a biztosító teljesítési kötelezettsége csak akkor áll fenn, ha a biztosítási esemény bekövetkezése és a biztosított állapota között nincs ok-okozati összefüggés.

14. 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 (pótdíj ellenében, esetleg kizárásokkal) biztosíthatók, amennyiben a fentieknek baleseti eseményre kihatása lehet.

Ide tartoznak különösen:

- szív- és érrendszeri betegségek, ájulás, szédülés, a gerincoszlop és a gerincvelő betegségei, továbbá a csípőízület 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.

15. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

15.1. Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek esetén akkor, ha az ittaságon, kábító- illetve bódító 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.

15.2. A biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás, amennyiben erre nem valamely biztosítási esemény miatt került sor.

15.3. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetek. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek.

15.4. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás során bekövetkezett balesetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől volt szó.

15.5. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közzolgálati köteleesség teljesítése közben került sor.

15.6. Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszendvedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.

15.7. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.

15.8. Megemelés, habituális ficam, patológiás törés.

15.9. Napszúrás, hőguta, fagyás kivéve, ha az baleset következménye.

- 15.10. Veszélyes sport- és egyéb célú tevékenységekből eredő balesetek:
- autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, motocross, jet ski, motorcsónak sport, vízisízés, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival),
 - búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, surf, vadvízi evezés,
 - hegy-, illetve sziklamászás a kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló jogszabályok szerinti V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), bázisugrás, falmászás,
 - privát-, illetve sportrepülés, repülősportok (pl. ejtőernyős ugrás, hőlégballonozás, léghajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, siklóernyő, siklórepülő, sárkány és ultrakönnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő).
- 15.11. Közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen) által okozott balesetek, abban az esetben amennyiben az nem áll összefüggésben a biztosított – munkavédelmi szabályok betartása melletti – munkavégzésével.
- 15.12. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
- kóros elmeállapot,
 - HIV-fertőzés,
 - nukleáris energia.
- 15.13. Fertőzések esetén fennáll a biztosítási védelem, ha a kórokozó olyan baleseti sérülés következtében kerül a szervezetbe, amelyre a kockázatviselés kiterjed. Kismértékű bőr- és nyálkahártya-sérülések 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 veszettségre és a tetanuszra nem vonatkozik. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.
- 15.14. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe. Az ételmérgezés nem minősül balesetnek.
- 15.15. Recehártya-leválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.
- 15.16. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre - kivéve életmentő beavatkozás esetén - amelynek oka részben vagy egészben:
- az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
 - a fogpótlás.
- 15.17. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelynek oka részben vagy egészben:
- a lelki működés zavarai, betegségei,
 - a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
 - a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógytornás, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra),
 - orvosi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
- 15.18. A szerződés megkötése előtt már fennálló betegségek, illetve a szerződés megkötésének időpontjában bármely okból már károsodott, korábbi baleset vagy betegség miatt sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott (nem ép) testrészek és szervek a biztosításból ki vannak zárva.
- 15.19. A biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licencecel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben.
- 15.20. Olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra, melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet. A degeneratív, ortopéd jellegű kórképek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.
- 15.21. A csőtükrözéssel végzett térdet érintő műtétek következményeként kialakult maradandó egészségkárosodási kockázat a biztosítási fedezetből ki van zárva.
- 15.22. A biztosított foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a biztosított foglalkozása:
- artista,
 - bűvár,
 - bányász,

- építőmunkás magas építményeken,
- fegyveres testület tagja,
- fegyveres őr,
- kaszkadőr,
- légiutas-kísérő,
- pilóta (repülő, helikopter, vadászrepülő),
- pirotechnikus,
- pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője,
- robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás,
- tűzijáték- és csillagszórógyártó,
- vadász,
- veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr.

- 15.23. Nem téríti meg a Biztosító továbbá: bárminemű kárt, veszteséget, költséget, melynek eredménye, keletkezési oka közvetlenül vagy közvetve összefüggésbe hozható a terrorizmus bármilyen formájával az alábbiakban foglaltak szerint: Kizárásra kerülnek azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül, vagy közvetve terrorcselekménnyel, vagy annak elkövetése során közveszély okozásával, vagy ezen cselekmények közrehatásával idéznek elő, illetve az alábbiakban meghatározott egyéb cselekményekkel okoztak, függetlenül attól, hogy más ok, vagy más esemény, – történjék ez bármely időrendi sorrendben is – közrehatott-e a kár bekövetkeztében. Terrorista cselekménynek minősül továbbá minden olyan cselekmény – függetlenül attól, hogy erőszakos cselekmény alkalmazásával, azzal való fenyegetéssel, vagy annak előkészítésével valósult-e meg –, melyet önállóan, vagy egy bizonyos szervezet vagy kormány megbízásából, vagy ahhoz kapcsolódva hajt végre egy ember, vagy emberek csoportja(i), amelyet minden jel szerint azért hajtának végre, hogy
- egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvánosság egy részét megfélemlítse, vagy befolyásolja, vagy
 - a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy
 - melyek módja és körülményei arra engednek következtetni, hogy azokat politikai, szociális, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre.

Kizárásra kerülnek továbbá azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül vagy közvetve olyan cselekmények okoztak, vagy amelyekben közrehatottak olyan cselekmények, amelyek terrorista támadások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függenek össze.

16. A kockázatviselés korlátozása

- 16.1. Balesetbiztosítási kockázatoknál hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívülről jövő egyszeri, extrém behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.
- 16.2. Balesetbiztosítási kockázatoknál porckorongsérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért egyszeri, extrém közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglévő betegség súlyosbodásának a következménye.
- 16.3. Balesetbiztosítási kockázatoknál belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.
- 16.4. Balesetbiztosítási kockázatoknál pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem nem áll fenn.

17. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól

- 17.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála, betegsége, illetve sérülése:
- a kedvezményezett szándékos magatartása következtében,
 - a biztosított jogellenesen, szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
 - a biztosított súlyosan gondatlan magatartása folytán következett be.
- 17.2. Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény
- a biztosított ittas állapotával (0,8 ezrelék, illetve ezt meghaladó véralko-

hol szint) közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy

- nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudatmódosító szer hatására állt be,
- a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas (0,8 ezrelék) vezetése következtében áll be, vagy
- a biztosított munkavégzése során a munka- és tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt bekövetkezett be,

17.3. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét szegi meg súlyosan gondatlanul.

18. A biztosítási esemény bejelentése

18.1. 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.

18.2. Halálesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet, illetve betegséget korábban már jelentették, valamint abban az esetben is, ha a teljes körű kárbejelentéshez szükséges összes dokumentáció még nem áll rendelkezésre.

18.3. 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.

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

19. A biztosítási szolgáltatások

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az általános, a különös és a kiegészítő feltételekben meghatározott mértékű szolgáltatást teljesít.

19.1. Tartós baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés

19.1.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosítottnál legalább 30%-os baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás alakult ki, 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 rokkantsága:	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 vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy kéz teljes elvesztése vagy 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 combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%
Egyik lábfej teljes elvesztése vagy 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 ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

- 19.1.2. Az előző pontból adódó rokkantsági százalékok összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. **Csak a legalább 30%-os maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás biztosítási esemény.** (Ennek megfelelően amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a rokkantsági százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a rokkantsági százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg egyszerese.)

Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott rokkantsági százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni.

Ha a rokkantság foka a rokkantsági tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti eredetű rokkantság mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységtől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó rokkantságot veszi figyelembe.

A baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg. A 19.1.1 pontban feltüntetett táblázat csak iránymutatásként szolgál.

- 19.1.3. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet 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 rokkantsági százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.
- 19.1.4. 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, legalább 30%-os mértékű károsodási fok szerint járó kifizetést.

- 19.1.5. 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 szolgáltat. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb rokkantsági fokot állapít meg, a biztosítottaknak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszafizetnie.

- 19.1.6. 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.

19.2. Baleseti halál

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

- 19.2.2. Amennyiben a biztosító a 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.

20. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

- 20.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatásra jogosult a szolgáltatási kötelezettség beálltának ésösszegezésének megállapításához szükséges iratokat maradéktalanul a biztosító rendelkezésére bocsátotta.

20.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának ésösszepszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat kéri be:

- a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
- b) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
- c) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
- d) befizetési, átutalási bizonylat, az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
- e) a biztosított, illetve a kedvezményezett érvényes személyi igazolványa vagy születési anyakönyvi kivonata,
- f) halál esetén
 - a biztosított halotti anyakönyvi kivonata másolatban,
 - a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata,
 - a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolati példányai,
- g) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- h) örökös minőség igazolására
 - jogerős hagyatékátadó végzés másolata,
- i) a különös és a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

20.3. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának ésösszepszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat is bekérheti (a biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a dokumentumok eredeti példányait bekérje):

- a) aktuális és részletes jelentés a biztosított állapotról,
- b) baleset után készült valamennyi orvosi lelet, dokumentáció, szakértői vélemény
- c) baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat,
- d) baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok: leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok,
- e) balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított nevére szóló, gyógyulásával kapcsolatos számlák,
- f) balesettel összefüggő, a baleset napjától számított két éven belüli kórházi kezelésről szóló zárójelentés és műtéti leírás, vagy az ambulánsan végzett műtét leírása

- g) betegkarton kivonat (házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton),
- h) biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonya,
- i) boncjegyzőkönyv, korbonctani lelet,
- j) gyámhatósági okirat,
- k) halott-vizsgálati bizonyítvány,
- l) házassági anyakönyvi kivonat,
- m) hozzájáruló nyilatkozat adatok átadásához,
- n) kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat,
- o) kórházi zárójelentés,
- p) közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos baleseti jegyzőkönyv,
- q) külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása,
- r) műtéti költségek miatti számlák eredeti példánya,
- s) műtéti leírás, mely tartalmazza a WHO kódot,
- t) nyilatkozat hozzátartozóról,
- u) OEP/MEP igazolás,
- v) orvosi ambuláns lap,
- w) orvosi vizsgálati iratok (korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos),
- x) öröklési bizonyítvány,
- y) amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összepszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti:
 - hatósági eljárás esetén az eljárást lezáró határozatot, a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozatot vagy vádiratot,
 - rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- z) rokkantsági, maradandó egészségkárosodási határozat (NRSZH),
- aa) röntgenfelvétel és a röntgen lelet valamint az orvosi igazolás,
- bb) szerződő/biztosított általi meghatalmazás,
- cc) teljes kórdokumentáció (munkakórlap, végleges kórlap, ápolási lap, labor eredmények, képalkotó műszeres vizsgálatok eredményei),
- dd) testfelületet 20%- felett ért és legalább II. fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció.

Az igény érvényesítőjének a fentiek mellett lehetősége van a bizonyítás általános szabályai szerinti okirati bizonyítás lefolytatására.

20.4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti.

20.5. **A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazza 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 kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszerezze.**

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

21. A biztosított egyéb kötelezettségei

21.1. **A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy halála esetén holttestét orvosokkal megvizsgáltassa, ha szükséges felboncoltassa.**

21.2. **A baleset után a biztosítottnak 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.**

21.3. **A biztosító előírhatja, hogy a biztosított a biztosító által megnevezett orvosokkal indokolt esetben megvizsgáltassa magát.**

22. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett).

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel.

E célokkal összefüggésben a biztosító a tudomására jutott adatokat Bit. értelmében az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a törvényi felhatalmazás kizárólag azokra személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető.

A különleges adatok kezelésére vonatkozó írásos hozzájárulását az érintett ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. tv. (Info tv.) alapján a szerződés keretei között is megteheti.

Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez.

Az adatkezelés időtartama: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Bit. 78.§ (3) bekezdése alapján, amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

A Bit. által meghatározott szervezetek felsorolását a jelen szerződési feltételek 23. pontja tartalmazza.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükség van a megbízott speciális szakértelmére. A (kiszervezett tevékenységet végző) megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi.

Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatban az alábbi jogokkal élhet:

1. Tájékoztatás kérése:

az érintett bármely formában előterjesztett kérelmére a biztosító 30 napon belül, írásos formában, közérthető módon tájékoztatást ad az általa az érintett vonatkozásában kezelt, feldolgozott adatokról, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, illetve – amennyiben az adatok továbbításra kerültek – az adattovábbítás címzettjéről és jogalapjáról.

A tájékoztatás naptári évente egyszer ingyenesen adandó. További tájékoztatásokért költségtérítés állapítható meg, kivéve, ha a tájékoztatás kérése helyesbítéshez vezetett, illetőleg ha az adatkezelés jogellenesnek bizonyul.

Az érintett tájékoztatását – indoklással – kizárólag a törvényben meghatározott esetekben lehet megtagadni. A tájékoztatás megtagadása esetén a biztosító írásban közli az érintettel, hogy a felvilágosítás megtagadására a törvény mely rendelkezése alapján került sor. A felvilágosítás megtagadása esetén a biztosító tájékoztatja az érintettet a bírósági jogorvoslat, továbbá a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulás lehetőségéről.

2. Helyesbítés:

ha a személyes adat a valóságnak nem felel meg, és a valóságnak megfelelő személyes adat rendelkezésre áll, az adat helyesbítendő.

Az adatot meg kell jelölni, ha az érintett vitatja annak helyességét vagy pontosságát, de a vitatott személyes adat helyessége vagy pontossága nem állapítható meg egyértelműen.

3. Törlés:

a személyes adatot törölni kell, ha

- kezelése jogellenes;
- az érintett ezt kérelmezi és arra a szerződéses jogok és kötelezettségek teljesítéséhez nincs elengedhetetlenül szükség;
- az hiányos vagy téves és ez az állapot jogszerűen nem orvosolható, feltéve, hogy a törlést törvény nem zárja ki;
- az adatkezelés célja megszűnt, vagy az adatok tárolásának törvényben meghatározott határideje lejárt;
- azt bíróság vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósága (Hatóság) elrendelte.

4. Zárolás:

törlés helyett a személyes adat zárolandó, ha az érintett ezt kéri, vagy ha a rendelkezésre álló információk alapján feltételezhető, hogy a törlés sértené az érintett jogos érdekeit. Az így zárolt személyes adat kizárólag addig kezelhető, amíg fennáll az az adatkezelési cél, amely a személyes adat törlését kizárja.

A helyesbítésről, a zárolásról és a törlésről az érintettet, továbbá mindazokat értesíteni kell, akiknek az adatot korábban adatkezelés céljából továbbították. (Az értesítés mellőzhető, ha ez az adatkezelés céljára való tekintettel az érintett jogos érdekét nem sérti.) Ha az érintett helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelme nem teljesíthető, akkor a kérelem kézhezvételét követő 30 napon belül az érintettel írásban közölni kell a helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelem elutasítását és annak ténybeli és jogi indokait. Ebben az esetben az érintettet tájékoztatni kell a bírósági jogorvoslat, továbbá a Hatósághoz való fordulás lehetőségéről.

5. Nyilvánosságra hozatal:

a biztosító szervezeti egységein belül kezelt személyes adatok nyilvánosságra hozatala – kivéve, ha arra az érintett felhatalmazást ad, illetve ha azt törvény rendeli el – tilos. A biztosító munkavállalóival, szállítóival, illetve ügyfeleivel kapcsolatos – személyes adatokon is alapuló – összesített statisztikai adatok közölhetőek, amennyiben azokból nem ismerhető fel az, akire az adat vonatkozik. Az adat közzétele előtt az adat közzétele köteles meggyőződni arról, hogy a közzétett adatok alapján nem lehetséges természetes személyek azonosítása.

23. Titoktartási kötelezettség

23.1. 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.

23.2. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a következő bekezdésében 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 szüksé-

ges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

23.3. 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.

23.4. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül - ha 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.

23.5. 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.

23.6. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) 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, 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,
- 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 titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- n) a feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal.

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

23.8. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy biztosítási 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 Pénzügyminiszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a Bit. nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a Tpt. XIX/B. fejezetében, valamint a Hpt. XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

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

- 23.9. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti
- a) kábítószerrel való visszaéléssel,
 - b) terrorcselekménnyel,
 - c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel,
 - d) lőfegyverrel vagy lőszerrel való visszaéléssel,
 - e) pénzmosással,
 - f) bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- 23.10. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- 23.11. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.
- 23.12. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adatvábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adat-

kezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

- 23.13. 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.

24. A szolgáltatás kifizetése

- 24.1. A biztosító szolgáltatásait a kedvezményezett részére banki folyószámlára utalással teljesíti, amennyiben rendelkezik folyószámlával. Egyéb esetben a biztosító szolgáltatásait postai utalással teljesíti.
- 24.2. A biztosító vállalja, hogy a biztosítási szolgáltatások kifizetéséhez szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül a szolgáltatás iránti igény jogosságát elbírálja, és arról nyilatkozik.
- 24.3. A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás iránti igény jogosságának elismerését illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 30 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.

25. A kötvény

- 25.1. A biztosító a szolgáltatásait csak a kötvény bemutatása ellenében köteles kifizetni.
- 25.2. Ha a kötvény elveszett vagy megsemmisült a szerződő (biztosított) köteles azt bejelenteni, amelynek alapján a biztosító másolatot állít ki.
- 25.3. 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. Nyereségrészesedés

A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

28. A biztosítás értékének megőrzése

A szerződés nem rendelkezik értékkövetéssel.

29. Elévülés

A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év alatt évülnek el.

30. Panaszkezelés

30.1. A biztosító (e pont alkalmazásában a továbbiakban: szolgáltató) biztosítja, hogy az ügyfél a szolgáltató magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott írat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.

30.2. A szolgáltató

- a) a szóbeli panaszt valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig,
- b) a telefonon közölt szóbeli panaszt legalább a hét egy munkanapján 8 órától 20 óráig,
- c) elektronikus eléréssel – üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan fogadja.

30.3. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézés.

30.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy évig megőrzi. Erről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatni kell. Az ügyfél kérésére biztosítani kell a hangfelvétel visszahallgatását, továbbá térítésmentesen rendelkezésre kell bocsátani a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet.

30.5. A szolgáltató a szóbeli panaszt - a 31.6 bekezdésben meghatározott eltérés-

sel - azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a szolgáltató a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek – a 31.7 bekezdésben foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

30.6. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a szolgáltató a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek - a 31.7. bekezdésben foglaltakkal egyidejűleg - megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

30.7. A szolgáltató az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.

30.8. A panasz elutasítása esetén a szolgáltató válaszában tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy panaszával - annak jellege szerint - a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), vagy a PSZÁF mellett szervezett Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, továbbá meg kell adni a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének és a békéltető testületnek a levelezési címét.

30.9. A szolgáltató a panaszt és az arra adott választ három évig őrzi meg, és azt a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének kérésére bemutatja.

30.10. A fogyasztói jogviták rendezése fenti-eken túl bírói úton, polgári peres vagy nem peres (fizetési meghagyás) eljárás keretében lehetséges.

31. Egyéb

Mind a jelen általános feltételekben, mind a kapcsolódó különös és kiegészítő biztosítási feltételekben közeli hozzátartozó alatt a Ptk. 685. § b) pontjában meghatározott személyeket kell érteni.

SIGNAL EXPRESSZ BALESETBIZTOSÍTÁSI KÜLÖNÖS FELTÉTELEK (A1505)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ balesetbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben **üggyféltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított egy éven belül:

- a) elhalálozik, vagy
- b) tartós, legalább 30%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- a) Baleseti halál esetén:
a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- b) Tartós, legalább 30%-os mértékű maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén:
- c) ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 30%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik a biztosított(ak) biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelelő.
- 4.2. A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező balesetekre.

6. Létszám és létszámváltozás

- 6.1. Jelen szerződés esetében a biztosítottak száma legalább 1, legfeljebb 5 fő lehet.
- 6.2. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítási szerződés következő évfordulójától kezdődik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja a biztosító által felajánlott lehetőségek közül.
- 7.2. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető negyedéves részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel.
Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő biztosítási évfordulótól lép hatályba.

- 7.3.** A szerződő köteles a biztosítónak megadni a biztosítottak létszámát, névsorát és az azonosításához szükséges egyéb adatokat. A biztosított listának kötelezően tartalmaznia kell a biztosított nevét, születési dátumát, kedvezményezett megnevezését baleseti halál esetén, kedvezményezett születési dátumát. (amennyiben a biztosítottak jelelöltek meg ilyet).
- 7.4.** A szerződőnek csak a biztosítási évfordulón van lehetősége változtatni a biztosított személyeket, tehát a szerződésbe való be- és kilépés (kivéve halál esetén) csak évfordulón lehetséges. Baleseti halál esetén az elhalálozott biztosított után is megilleti a biztosítót a teljes éves díj.
- 7.5.** A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítási évforduló napját követő nap 0. órájától kezdődik.
- 7.6.** A biztosítottak személyében bekövetkezett változást legkésőbb biztosítási évforduló előtt 30 nappal be kell jelenteni a biztosítónak. Amennyiben változás történt, akkor a biztosított személyek aktuális listáját – az ajánlatszám/ kötvényszám megjelölésével - a szerződő az ajánlattal együtt, illetve utána minden biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal megküldi postai úton a **SIGNAL Biztosító Vezérigazgatóságára (1123 Budapest, Alkotás u. 50.), az Adminisztrációs Főosztályra, vagy elektronikus úton a Biztosító administratio@signal.hu e-mail címére.**
- 7.7.** Amennyiben a szerződésben valamelyik biztosított eléri a lejárat korhatárt (70 év), a következő biztosítási évfordulón kikerül a csoportból, abban az esetben is, ha az adatszolgáltatásban szerepelt.
- 7.8.** Amennyiben a különös feltételekben részletesen meghatározott biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosítót az egész biztosítási évre járó díj megilleti.
- 7.9.** A szerződés megszűnése esetén is megilleti a biztosítót az egész éves díj.

8. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítási fedezetek tartoznak a biztosító által meghatározott feltételek alapján:

1. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8910)
2. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8920)
3. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8930)
4. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8935)
5. Személyi felelősségbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8936)
6. Tanulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8956)
7. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8960)
8. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8990)
9. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8995)

BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8910)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, legalább 5 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.
- 1.2. Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvőbeteg gyógyintézetek).
- 1.3. Nem terjed ki a biztosítás:
 - geriátriai, rehabilitációs, gyógyterápiás, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúra kezelésekre,
 - tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
 - idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetek,
 - gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
 - fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
 - ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek által nyújtott ellátásra.

- 1.4. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra.

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a baleset napjától számított két éven belül maximum 185 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy legalább 5 napig tartott az ellátás.

Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása két éven belül 185 napra korlátozódik.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A kórházi gyógykezelést annak befejezésétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - kórházi zárójelentés.
- 3.3. A biztosító fenntartja magának jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8920)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított testfelülete olyan mértékben károsodik vagy deformálódik, amely külső megjelenését a gyógyulást követően is hátrányosan befolyásolja, és ezen hátrány megszüntetése érdekében orvosi javaslatra rekonstrukciós célú plasztikai műtétnak veti alá magát. Nem minősül biztosítási eseménynek a korábbi esztétikai célú plasztikai műtétet követő helyreállító (rekonstrukciós) plasztikai műtét vagy beavatkozás.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti eredetű plasztikai műtét esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a plasztikai műtéttel kapcsolatos orvosiilag igazolt költségeket (pl. orvosi honorárium, gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségei).

2.2. A plasztikai műtétnek és az ezzel kapcsolatos kórházi tartózkodásnak a balesetet követően 3 éven belül kell történnie. Ha a biztosított a baleset bekövetkeztekor a 18. életévét még nem töltötte be, a költségeket a biztosító akkor is megtéríti, ha a műtét és a kórházi tartózkodás nem a fenti határidőn belül, de a biztosított 21. életévének betöltése előtt következik be.

2.3. A biztosító a plasztikai műtéttel kapcsolatos költségeket csak a műtétet végző (OEP általi működési engedéllyel rendelkező) egészségügyi intézmény által a biztosított nevére kiállított számla ellenében téríti meg.

3. A biztosító teljesítése

3.1. A szolgáltatás iránti igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelteni kell a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák.

CSONTTÖRÉSRE, CSONTREPEDÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8930)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléjtájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. **Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amely következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved.**
- 1.2. **Fogtörés nem minősül csonttörésnek, illetve a fogrepedés nem minősül csontrepedésnek.**

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén - balesetenként a törések vagy repedések számától függetlenül - egyszeri kifizetesként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

Biztosítási évente maximum 3 biztosítási eseményre történhet szolgáltatás.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. **A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.**
- 3.2. **A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**
 - a csonttörést vagy csontrepedést igazoló röntgenlelet, orvosi igazolás.

ÉGÉSI SÉRÜLÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8935)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben az égési sérülések esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az égési sérülés súlyossága alapján megállapított százalékát fizeti ki.

A térítés mértéke az égési sérülés súlyosságától és kiterjedtségétől függően a következő:

Testfelület Súlyosság	10–19%	20–49%	50–80%	80% felett
I. fokú	–	–	–	–
II. fokú	–	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka.

2.2. Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle súlyosságú és/vagy kiterjedésű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedésének százalékos mértékét összeadva, a legmagasabb súlyosságú sérülés szorzójával állapítja meg.

2.3. A biztosító szolgáltatása egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezte esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.

3. A biztosító teljesítése

3.1. Az égési sérülést annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvő, illetve járóbeteg-ellátásban részesült.

SZEMÉLYI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8936)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **üggyéltájköztartóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül az a személyi sérüléses (vagyon és nem vagyon) és szerződésen kívül okozott tárgyrongálási kár, melyet a biztosított a szerződés hatálya alatt okozott és jelentettek be, és amelyért a magyar polgári jog szabályai szerint a biztosított vagy gondozója kártérítési felelősséggel tartozik.**
- 1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek, és nem téríti meg a biztosító azokat a károkat, amelyeket a biztosított**
- a) közeli hozzátartozóinak,**
 - b) kereső foglalkozás vagy tevékenység végzése során,**
 - c) bármilyen motoros jármű (közúti, vízi, légi) üzembentartójaként, használatjaként,**
 - d) gépi meghajtású sporteszköz használatával,**
 - e) a környezet szennyezésével okozott.**

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító kártérítést nyújt, mely felső határa káreseményenként nem haladhatja meg a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget.**
- 2.2. Egy biztosítási év alatt legfeljebb 1 káresemény fedezett biztosítottanként.**

3. A biztosított önrészesedése

A biztosítás levonásos önrészesedése 10%, de minimum 10 000 Ft káreseményenként.

4. A biztosító teljesítése

- 4.1. A kárrendezés megindításához a kárigényt a biztosítási esemény bekövetkezését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.**
- 4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kérheti:**
- a biztosított vagy a gondozó felelősségét megállapító egyéb dokumentumot,
 - az esetleges számlát.

TANULÁSI TÁMOGATÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8956)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosított baleset miatt orvosilag indokolt legalább 10 napos kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül.

2. Biztosított személye

2.1. Jelen kiegészítő feltételek szempontjából biztosítottak lehetnek oktatási intézmények nappali tagozatos tanulói, hallgatói. Levelező, valamint esti tagozatosokra, átképzésben résztvevőkre nem lehet megkötni a biztosítást.

2.2. A biztosítottak biztosítási szerződésbe való belépési kora 6 és 20 év közötti lehet. A biztosító a biztosított biztosítási szerződésbe való belépési korát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

3. A biztosító szolgáltatása

3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító az osztályfőnök/vezető igazolása alapján a biztosított részére a szerződésben meghatározott mértékű tanulási támogatást nyújt.

3.2. Egy biztosítási év alatt legfeljebb 1 káresemény fedezett.

4. A biztosító teljesítése

4.1. A kárrendezés megindításához a kárigényt minél előbb, de legkésőbb a kórházi gyógykezelés befejezését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok bemutatását is kéri:

- a kórházi zárójelentés másolatát (ambuláns kezelő lap),
- az osztályfőnök/vezető igazolása.

BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8960)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyféléltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadók.

során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg. Olyan műtéteknél, melyek elvégzésénél a jelen szerződés létrejöttét megelőzően fennálló állapotok jelentős mértékben (legalább 25%-ig) közrehatottak, a biztosító a térítés összegét ezen közrehatás mértékével csökkenti. Ezt a közrehatást, illetve a mértéket a biztosító orvosa állapítja meg.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított számára baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra kerül sor, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával végeztek.
- 1.2. Nem terjed ki a biztosítási fedezet a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett vagy fennálló állapotok miatt végzett „halasztott” műtétekre.
- 1.3. Amennyiben a szerződés megszűnik, a biztosítási fedezet a szerződés megszűnésétől számított egy évig áll fenn a szerződés hatálya alatt bekövetkezett, és bejelentett biztosítási eseményekkel igazoltan összefüggésben álló műtétekre.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére baleseti műtéti térítést fizet.
- 2.2. A térítés nagysága a biztosítási összegnek meghatározott százaléka (az elvégzett műtéti eljárás besorolásának megfelelően).
- 2.3. Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés alapja a beavatkozás

- 2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 4. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A baleseti műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.
- 3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.
- 3.3. A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki függetlenül a műtéti beavatkozások számától.
- 3.4. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételehez a biztosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - kórházi zárójelentés (ambuláns kezelőlap),
 - műtéti leírás.
- 3.5. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

3.6. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 19.1.3. pontja is vonatkozik.

4. Műtétek besorolása (példálózó jelleggel).

A teljes műtéti lista a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán (1123 Budapest, Alkotás u. 50.) megtekinthető.

4.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások (25%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
5837H	Achilles-ín szakadás helyreállítása
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
51950	Dobhártyaplasztika
58400	Kézujj amputáció
51470	Szemlencse beültetés

4.2. 2. csoport: középnagy műtétek (50%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
58480	Combamputáció
57902	Combnyak-szegezés
55110	Epehólyag eltávolítása
57922	Húzóhurkos csonttrögztetés
50630	Pajzsmirigy eltávolítás

4.3. 3. csoport: nagy műtétek (100%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
53836	Érpótlás
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
51630	Szemeltávolítás
51358	Szívárványhártya eltávolítás
53030	Teljes gégeeltávolítás
53502	Zárt billentyűbemetszés a kéthegeű billentyűn

4.4. 4. csoport: különleges műtétek (200%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
55040	Májátültetés
53750	Szívátültetés
53340	Tüdőátültetés
53240	Tüdőlebens eltávolítása

KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁLRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8990)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **ügyműködési útmutató**ul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül meghal.
- 1.2. Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.
- 1.3. Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:
 - a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,
 - kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,
 - a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,
 - nem közúton bekövetkezett balesetek.
- 1.4. A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményre:
 - amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorke-rekpárt vezet, vagy azon utazik.
- 1.5. Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivé-tel: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülé-sét vonja maga után.

2. A biztosító szolgáltatása

Ha a biztosított közúti közlekedési baleset kö-vetkezményeként meghal, a biztosító a biztosí-tási szerződésben a közúti közlekedési baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget kifizeti ki.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A közúti közlekedési baleseti halálra vo-natkozó szolgáltatási igényt annak be-következtétől számított 5 munkanapon belül jelenteni kell a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentet-ték.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatáro-zott szolgáltatás igénybevételéhez a biz-tosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - amennyiben a biztosítási eseménnyel ösz-szefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összecszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szük-séges, akkor a biztosító kérheti a rendőr-ségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy ható-sági határozatot,
 - a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata (amennyiben ilyen készült).
- 3.3. A biztosító jogosult a halál körülményei-nek vizsgálatára.
- 3.4. Az igény elbírálása során a biztosító bi-zonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálato-kat is elvégeztethet. A vizsgálatok le-folytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 19.1.3. pontja is vonatkozik.

KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI ROKKANTSÁGRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A8995)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) SIGNAL EXPRESSZ Biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben **üggyéltájékoztatóul** is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül legalább 30%-os mértékű baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.

1.2 Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:

- gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,
- kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,
- a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,
- nem közúton bekövetkezett balesetek.

1.3. A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményekre:

- amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorke-rek-párt vezet, vagy azon utazik,
- járműbe való be- és felszállás, illetve járműből való ki- és leszállás.

1.4. Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivé-

tel: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülését vonja maga után.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a közlekedési baleset következményeként a biztosító a szerződésben meghatározott legalább 30%-os mértékű baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

A rokkantság fokát az ÁSZF 19.1.1. pontja szerint kell megállapítani.

2.2. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott rokkantsági százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni.

Ha a rokkantság foka a rokkantsági tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. Ha a rokkantság mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó rokkantságot veszi figyelembe.

A baleseti eredetű rokkantság mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

2.3. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított rokkantság mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet 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 rokkantsági százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

- 2.4. 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.
- 2.5. Amennyiben a tartós rokkantság foka nem tisztázott egyértelműen, mind a biztosítottnak, 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 biztosítottnak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszatérítenie.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. **A közúti közlekedési 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.**

3.2. **A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 20.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:**

- kórházi kezelőlap és zárójelentés,
- friss jelentés a biztosított állapotáról,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összecszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült ilyen).

3.3. **Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 19.1.3. pontja is vonatkozik.**

SIGNAL EXPRESSZ balesetbiztosítás

A SIGNAL EXPRESSZ balesetbiztosítás az alábbi biztosítási fedezeteket tartalmazza:

- Baleseti halálra és rokkantságra vonatkozó Különös feltételek (A1505)
- Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8910)
- Baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8920)
- Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8930)
- Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8935)
- Személyi felelősségbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8936)
- Tanulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8956)
- Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8960)
- Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8990)
- Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei (A8995)

Jegyzetek

Jegyzetek

Jegyzetek