

SIGNAL klasszikus életbiztosítások

általános szerződési
feltételek

Tartalom

Életbiztosítási Általános Feltételek Klasszikus életbiztosításokhoz.....	3
Fogalmak, meghatározások:	3
1. A biztosítási szerződés alanyai	4
2. Biztosítási esemény	4
3. Biztosítási szolgáltatás, díjtartalék, nyereségrészesedés.....	4
3.1. Biztosítási szolgáltatás.....	4
3.2. Díjtartalék.....	4
3.3. Nyereségrészesedés	5
4. Szerződés létrejötte, kockázatelbírálás, a szerződés hatálya, kockázatviselés kezdete, várakozási idő, felmondás	5
4.1 Szerződés létrejötte	5
4.2. Kockázatelbírálás	5
4.3. A szerződés hatálya, kockázatviselés kezdete, várakozási idő.....	6
4.4. Felmondás	6
5. Biztosítási díj	6
6. A biztosítás indexálása (értékkövetés) folyamatos díjfizetés esetén	7
7. A szerződés módosítása	7
8. Visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kötvénykölcsön, hitelfedezet	7
8.1. Visszavásárlás.....	8
8.2. Díjmentes leszállítás	8
8.3. Életbiztosítási kötvénykölcsön	8
8.4. Hitelfedezet.....	8
9. A biztosítás díjfizetésének elmaradása	8
10. A kockázatviselés megszűnése	9
10.1. A biztosítási szerződés megszűnése	9
10.2. A kiegészítő biztosítás(ok) megszűnése	9
11. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	10
11.1. Közlési és változás bejelentési kötelezettség.....	10
11.2 Titoktartási kötelezettség	11
11.3 A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók	13
11.4 Felmentés, felhatalmazás	15
11.5. Szerződésre jellemző értékek módosítása.....	15
12. A biztosító teljesítése.....	15
12.1. A biztosítási esemény bejelentése	15
12.2. A szolgáltatásra jogosult személy	15
12.3 A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok	15
12.4. A szolgáltatás kifizetése	17
13. Mentésülés, kizárások	18
13.1. Mentésülés.....	18
13.2. Kizárások	18
14. Egyéb rendelkezések	18
14.1. Panaszkezelés.....	18
14.2 Elévülés	19
14.3 Egyéb rendelkezések	19
Függelék	20

Baleset- és egészségbiztosítási általános feltételek	21
1. Baleset- és egészségbiztosítási események	21
2. Balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások esetén nem biztosítható személyek	21
3. Külön megállapodással biztosítható személyek balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások és csomagok esetén	21
4. A kockázatviselés korlátozása balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások esetén	22
5. Baleset- és egészségbiztosítási védelemből kizárt kockázatok	22
6. Balesetbiztosítási védelemből kizárt kockázatok	23
7. Egészségbiztosítási védelemből kizárt kockázatok	23
8. A biztosító mentesülése baleset- és egészségbiztosítási kockázatok esetén	23
9. A biztosító mentesülése egészségbiztosítási kockázatok esetén	24
10. A balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások szolgáltatásai	24
10.1. Tartós egészségkárosodás	24
10.2. Baleseti halál	25
11. A biztosítási esemény bejelentése a baleset- és egészségbiztosítási kiegészítő biztosítások esetén	25
12. A biztosított egyéb kötelezettségei a baleset- és egészségbiztosítási kiegészítő biztosítások és csomagok esetén	26
13. Egyéb rendelkezések	26
13.1. Egészségbiztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések	26
13.2. Balesetbiztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések	26
Jegyzetek	27

Életbiztosítási Általános Feltételek

Klasszikus életbiztosításokhoz

Tisztelt Ügyfelünk!

Jelen általános szerződési feltételek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. tv. (Ptk.) és a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. tv. (Bit.) szabályai alapján jöttek létre. *Jelen feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog irányadó.*

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 10. sz. melléklete A) részének megfelelő ügyfél tájékoztatónak is minősülnek. *Az ügyfél tájékoztatónak minősülő részek a szövegben dőlt betűvel olvashatóak.*

Társaságunk cégneve: SIGNAL Biztosító Zrt.

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)

Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefon: (361) 458 4222

Egyéb elérhetőség: info@signal.hu
www.signal.hu

Felügyelő hatóság: a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bank

Fogalmak, meghatározások:

Alapbiztosítás: olyan biztosítási fedezet, mely alapján önállóan, más biztosítási fedezetek megkötése nélkül is létrejöhét a biztosítási szerződés.

Belépési kor: a biztosított, együttbiztosított személy életkora a biztosítás technikai kezdetének időpontjában. A belépési kor úgy kerül meghatározásra, hogy a szerződés technikai kezdetének évszámából levonásra kerül a biztosított/együttbiztosított születési évszáma.

Biztosítási esemény: amikor az alapbiztosítás, illetve a kiegészítő biztosítások különös szerződési feltételeiben meghatározott esemény(ek) alapján a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

Biztosítási év: az az időszak, mely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.

Biztosítási évforduló: minden naptári évben a biztosítás technikai kezdetének megfelelő naptári nap.

Biztosítási fedezet: a biztosító által vállalt biztosítási kockázat, melynek ellenértékeként a szerződő a biztosító által meghatározott díjat tartozik fizetni. A szerződő döntésének megfelelően, egy biztosítási szerződő-

désen belül a biztosított(ak)ra alapbiztosítási fedezet, továbbá kiegészítő biztosítási fedezet(ek) köthető(ek), azonban egy biztosítási szerződés csak egy alapbiztosítást tartalmazhat.

Biztosítási tartam: a szerződés technikai kezdetétől számított teljes biztosítási évek száma.

Biztosítás technikai kezdete: a biztosítási ajánlaton és a kötvényen szereplő, a biztosítás kezdetét megadó időpont, az ajánlat aláírását követő hónap elseje.

Biztosított, együttbiztosított életkora: a biztosított/együttbiztosított életkora a szerződés technikai kezdetét követően minden biztosítási évfordulón egy évvel növekszik.

Elérési életbiztosítás: ha a biztosított a biztosítás lejáratának időpontjában életben van, a biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítás különös szerződési feltételeiben rögzített szolgáltatást nyújtja a kedvezményezettnek. Ha a biztosított a tartam lejárt előtt meghal, akkor a biztosítás az alapbiztosítás különös szerződési feltételeiben részletezettek szerinti díjak visszatérítésével megszűnik.

Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

Kiegészítő biztosítási fedezet: az alapbiztosításon túl, a szerződő döntésétől függően választhatók további biztosítási fedezetek. A kiegészítő biztosítások önállóan nem, csak alapbiztosítás mellé köthetőek.

Kockázati életbiztosítás: ha a biztosított a kockázatviselési időszakon belül meghal, akkor a biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítás különös szerződési feltételeiben rögzített szolgáltatást nyújtja a kedvezményezettnek. A kockázati életbiztosításnak nincs lejáratú szolgáltatása és visszavásárlási értéke.

Kockázatviselés kezdete: az az időpont, melyet követően bekövetkező biztosítási esemény(ek) esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

Kötött időpontra szóló (term-fix) életbiztosítás: kötött időpontban, a szerződés lejáratakor kerül kifizetésre a biztosítási szolgáltatás. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosított életben lététől függetlenül áll be, a biztosított halála esetén a szerződésre vonatkozó díjfizetési kötelezettség megszűnik.

Lényeges körülmények: minden olyan körülmény, amely a biztosító által vállalt kockázatra kihatással van,

különösen azok a körülmények, melyek az ajánlati dokumentációban és az egészségi nyilatkozatban szerepelnek.

Megtakarításos életbiztosítás: az elérési, a vegyes és a kötött időpontra szóló (term fix) életbiztosítás.

Mellékletek: az alapbiztosítások különös szerződési feltételeinek Mellékletei.

Vegyes életbiztosítás: a kockázati és az elérési életbiztosítás kombinációja, azaz a szerződő díjfizetése ellenében a biztosító – a biztosítás különös szerződési feltételeiben rögzített – szolgáltatási kötelezettsége mind a tartam végének a biztosított általi életben elérése esetén, mind a biztosított kockázatviselési időszakon belüli elhalálásával egyaránt beáll.

1. A biztosítási szerződés alanyai

Szerződő a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal és a szerződéssel kapcsolatosan a jognyilatkozatok megtételére jogosult. Szerződő természetes személy, jogi személy és jogi személyiséggel nem rendelkező jogalany egyaránt lehet.

Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítót köteles tájékoztatni.

A biztosított az a természetes személy, akinek a személyével kapcsolatos – az alap-, vagy a kiegészítő biztosítások különös szerződési feltételeiben meghatározott -biztosítási esemény(ek) kockázatviselési időszakon belüli bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

A biztosított belépési korát a biztosító úgy határozza meg, hogy a szerződés technikai kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

Ha a biztosított és a szerződő személye eltér, úgy az életbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

A biztosított a szerződésbe szerződőként bármikor beléphet. Ha a biztosított belép a szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A belépésről a biztosítót írásban értesíteni kell.

A kedvezményezett a biztosító szolgáltatására jogosult személy, aki lehet

- a szerződésben megnevezett személy, vagy
- ilyen személy hiányában, vagy ha a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes, a biztosítási esemény időpontjában a biztosított vagy örököse.

A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a biztosítási esemény bekövetkeztéig bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. A biztosított hozzájárulása nélkül történt kedvezményezett jelölés, illetve módosítás érvénytelen, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosított, illetve annak örököse tekintendő.

Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást teljesítették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

A kedvezményezett jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik. Ilyen esetben a biztosított vagy a biztosított örököse a kedvezményezett, ha új kedvezményezettet nem neveznek meg.

A kiegészítő biztosítások kedvezményezettje – a halál-eseti kockázatokra szóló kiegészítő biztosítások kivételével – megegyezik a kiegészítő biztosítás biztosítottjával.

2. Biztosítási esemény

A biztosítási eseményt az adott biztosítási fedezet különös szerződési feltételei tartalmazzák.

3. Biztosítási szolgáltatás, díjtartalék, nyereségrészesedés

3.1. Biztosítási szolgáltatás

A biztosító az adott biztosítási fedezetre vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott biztosítási fedezetre vonatkozó különös szerződési feltételekben rögzített biztosítási szolgáltatást teljesíti.

3.2. Díjtartalék

A biztosító a biztosítási tartam során a befizetett díjak egy részéből a jövőbeni szolgáltatások fedezetére biztosítási díjtartalékot képez, amennyiben a terméktervezet előírja.

A biztosítási díjtartalék a biztosítási fedezetnek, a biztosítási tartamnak, a tartamból eltelt időszaknak, a fizetendő díj nagyságának, a technikai kamatnak, a biztosított belépési korának, egészségi állapotának, és a biztosítási összegnek a figyelembe vételével kerül megállapításra.

3.3. Nyereségrészesedés

Az életbiztosítások díjtartalékára vonatkozóan a biztosító a Függelékben meghatározott hozamot (továbbiakban: technikai kamat) garantál. A technikai kamatot a biztosító úgy érvényesíti, hogy a biztosítási szerződés díja ezt alapul véve kerül megállapításra. A technikai kamat alkalmazása miatt a szerződőnek az adott biztosítási összeg ellenszolgáltatásaként kevesebb díjat kell fizetni, mint technikai kamat alkalmazása nélkül. A technikai kamat mértékéről és módosításának feltételeiről külön jogszabály rendelkezik.

Amennyiben az életbiztosítások díjtartalékának befektetéséből eredő hozam az adott évben meghaladja a technikai kamatot, akkor a biztosító az elért hozam technikai kamatot meghaladó részének a Függelékben meghatározott százalékát nyereségrészesedésként visszajuttatja a megtakarításos életbiztosítási szerződések összességére a terméktervekben definiált számítással.

A nyereségrészesedésre jogosító termékeknel a biztosító a visszajuttatandó részt, mint egyszeri díjból meghatározásra kerülő szolgáltatásemelést juttatja vissza a szerződésekre.

A kockázati életbiztosítások, mint alapbiztosítások, valamint az élet-, baleset-, és egészség kiegészítő biztosítások esetében nyereségrészesedés nincs.

4. Szerződés létrejötte, kockázatbírálás, a szerződés hatálya, kockázatviselés kezdete, várakozási idő, felmondás

4.1. Szerződés létrejötte

A biztosítási szerződés létrejön, ha a biztosító a szerződő írásbeli ajánlata alapján biztosítási kötvényt állít ki.

A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított tizenöt napon belül - ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, hatvan napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették.

Az előző bekezdés szerinti esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követően 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésekre a szerződő fél figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmával jön létre.

Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, hatvan napig van kötvény.

A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának megfelelő díjelőleget, illetve egyszeri díjat beszédni, melyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés nem jön létre, a biztosító az előleget a szerződőnek visszafizeti.

4.2. Kockázatbírálás

A szerződés megkötéséhez kockázatbírálás, azaz a biztosított egészségi állapotának vizsgálata szükséges, mely egészségi nyilatkozattal, illetve a biztosító által meghatározott kockázati szint felett orvosi vizsgálattal történik.

A biztosítottnak/együttbiztosítottnak az egészségi nyilatkozatot (mint a szerződéskötés szempontjából lényeges körülményekről) a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A biztosító által feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a biztosított a közlési kötelezettségének eleget tesz.

A biztosító az ajánlat elfogadása előtt az egészségi nyilatkozat alapján is kérheti a biztosított orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.

A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja, elutasítja vagy az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni. Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát – annak közlésétől számított 15 napon belül – írásban nem utasítja vissza, a biztosítási szerződés a biztosító módosító javaslata alapján jön létre.

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

4.3. A szerződés hatálya, kockázatviselés kezdete, várakozási idő

A biztosító kockázatviselése a technikai kezdet napjának 0 órájakor kezdődik, feltéve, hogy az életbiztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön és az első gyakoriság szerinti vagy egyszeri díj esedékességig befizetésre került.

A biztosítási díj akkor tekinthető megfizetettnek, amikor az a biztosító erre rendszeresített számlájára a megfelelő azonosítási adatokkal, kötvényszámmal beérkezett.

Ha a szerződő a díjat – díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező – képviselőnek fizeti, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

A biztosítási szerződés hatálybalépésének időpontja megegyezik a biztosító kockázatviselése kezdetének időpontjával. Az egyes különös szerződési feltételek ettől eltérhetnek.

A biztosító az alapbiztosítások és a kiegészítő biztosítási fedezetek vonatkozásában – ha az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítás különös szerződési feltételei másképp nem rendelkeznek – várakozási időt nem alkalmaz.

4.4. Felmondás

4.4.1. 30 napos felmondás

Az életbiztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, köteles egyértelműen tájékoztatni a biztosítási szerződés létrejöttéről.

Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. A szerződőt a felmondási jog nem illeti meg hitelefedezeti életbiztosítások esetén, illetve amennyiben a megkötött életbiztosítási szerződés tartama a 6 hónapot nem haladja meg.

A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban, bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni az alábbiak szerint.

A biztosító a szerződő által befizetett első vagy egyszeri díjból – a szerződés 30 napon belüli felmondása esetén – a kockázatbírálás, a kötvényesítés, a nyomtatványok költségét és az adminisztrációs költségeket vonja le. A biztosító a fenti, a szerződéssel kapcsolatban felmerült költségek fedezetére a befizetett díjat, de maximum a jelen szerződési feltételek Függelékében meghatározott összeget tartja vissza.

Abban az esetben, ha a szerződés orvosi vizsgálattal jött létre, mely orvosi vizsgálat költségét a biztosító fedezte, és a szerződő él a 30 napos felmondás lehetőségével, akkor a szerződő köteles az orvosi vizsgálati díjat a biztosítónak visszafizetni. Ebben az esetben a biztosító által visszatartott összeg meghaladhatja a Függelékben rögzített értéket.

4.4.2. Rendes felmondás

A szerződő – ha az első évi biztosítási díjat befizették – az életbiztosítási szerződést írásban, harminc napos felmondási idő mellett, a biztosítási évforduló napjára felmondhatja.

5. Biztosítási díj

A biztosítási díj fizetése lehet egyszeri vagy folyamatos. A folyamatos díj éves díj, mely fizethető féléves, negyedéves vagy havi részletekben. Havi díjfizetéstől eltérő díjfizetés esetén a biztosító a díjfizetés gyakoriságától függően engedményt adhat. A kiegészítő biztosítások díjait az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell megfizetni.

Az egyszeri díj, illetve az első gyakoriság szerinti díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.

Biztosítási díj átvételére csak kifejezett biztosítói meghatalmazással rendelkező biztosításközvetítő jogosult.

Ha a biztosítási esemény bekövetkezik és a szerződés megszűnik, a biztosítót az egész biztosítási évre járó díj megilleti. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító addig a napig járó díj megfizetését kérheti, amikor a kockázatviselés véget ér.

A szerződő nem követelheti a befizetett díjak visszafizetését – kivéve a 30 napon belüli felmondás 4.4.1. pontjában foglaltakat – amennyiben a kockázatviselés már megkezdődött.

A szerződéskötéskor érvényes minimális biztosítási összegek, illetve díjak a Mellékletekben találhatóak.

6. A biztosítás indexálása (értékkövetés) folyamatos díjfizetés esetén

A biztosítás szolgáltatásának értékmegőrzését folyamatos díjfizetés esetén a biztosítási díj és az ahhoz tartozó biztosítási összegek biztosítási évfordulón történő emelése biztosítja. Az emelést a biztosító a biztosított egészségi állapotának újabb vizsgálata nélkül hajtja végre.

A díjemelkedés mértékére (index) a biztosító tesz ajánlatot a szerződőnek, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 45 nappal. A biztosító által meghirdetett index minden évben a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett, előző naptári év fogyasztói árindexével egyenlő. Az ily módon meghatározott index hatálya jelen szerződési feltételek Függelékében kerül meghatározásra és az adott szerződés évfordulóján lép érvénybe. A szerződés utolsó 3 évében a biztosító indexálást nem ajánl fel.

Az index igénybevétele esetén a biztosítási szolgáltatás növekedése és a szolgáltatásért fizetendő díj növekedésének mértéke, aránya eltér egymástól. A biztosítási összeg emelése a biztosítottnak az emelés időpontjában érvényes életkorától és a biztosítás hátralévő tartamától is függ.

A szerződőnek jogában áll az indexet írásban visszautasítani. Ha az index visszautasítás nem érkezik meg a biztosító központjába a biztosítási évfordulót megelőző 15 nappal bezárólag, úgy a biztosító az adott szerződésre vonatkozóan a megnövelt díjat és az ahhoz tartozó biztosítási szolgáltatást tekinti érvényesnek.

A biztosító által meghirdetett index alkalmazására nincs lehetőség olyan szerződés esetén, melyre vonatkozóan a szerződőnek díjfizetési kötelezettsége nem áll fenn.

Ha a KSH fogyasztói árindexe nem éri el az 5%-ot, a biztosító az indexálást szüneteltetheti.

A biztosító javaslatot tehet a fogyasztói árindexnél magasabb díjemelésre is. Amennyiben a szerződő igényt tart magasabb díjemelésre, úgy az erre vonatkozó írásbeli kérelemnek legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15 nappal kell beérkeznie a biztosító központjába.

Amennyiben a szerződő az indexálást két egymást követő évben visszautasította, vagy a biztosító által felajánlottaknál nagyobb mértékben kívánja a szerződés díját és az ahhoz tartozó szolgáltatást növelni, úgy a biztosítónak jogában áll az indexálás előtt újabb kockázatelbírálást végezni és a szerződő által benyújtott kérést annak alapján írásban elutasítani vagy elfogadni.

7. A szerződés módosítása

A szerződés módosítására a harmadik évfordulótól kezdődően a biztosítási évfordulón van lehetőség a szerződő és a biztosított írásbeli nyilatkozata alapján. A szerződésmódosításra vonatkozó kérelemnek legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15 nappal kell beérkeznie a biztosító központjába ahhoz, hogy a biztosító a kért módosítást az évfordulón érvényesíteni tudja.

Szerződésmódosításnak minősül különösen:

- az alapbiztosítás biztosítási összegének növelése, csökkentése,
- a kiegészítő biztosítások felvétele és lemondása,
- a kiegészítő biztosítási fedezetek biztosítási összegének növelése, csökkentése.

Az alapbiztosítás és a kiegészítő biztosítás(ok) biztosítási összegének és a hozzá tartozó díjrész(ek) csökkentése az adott biztosítási fedezetre érvényes – a Mellékletekben megadott – minimális biztosítási összegek és/vagy díjak figyelembevételével történhet.

Ha

- az alapbiztosítás vagy a kiegészítő biztosítás(ok) biztosítási összegének növekedése meghaladja az adott életkorhoz tartozó, a biztosító által meghatározott határt, vagy
- az ajánlat aláírását követően, az alapbiztosítás kockázatviselési időszaka alatt kiegészítő biztosítási fedezet felvételére kerül sor

a biztosító orvosi vizsgálatához/egészségi nyilatkozathoz kötheti a módosítást. A tartam alatti – nem indexálásból eredő – biztosítási összeg emelésre vonatkozó ajánlatról a biztosító a 4.2. pontnak megfelelően dönt.

8. Visszavásárlás, díjmentes leszállítás, kötvénykölcsön, hitelfedezet

A biztosítási díjtartalék (3.2. pont) képezi számítási alapját a szerződés visszavásárlásának, díjmentes leszállításának és a nyereségrészesedés visszajuttatásának (3.3. pont).

Kockázati életbiztosítások, mint alapbiztosítások, valamint élet-, baleset-, és egészségbiztosítás kiegészítő biztosítási fedezetek esetében visszavásárlásra, díjmentes leszállításra, kötvénykölcsön igénybevételére nincs lehetőség.

8.1. Visszavásárlás

• Folyamatos díjfizetés esetén

A szerződő fél az életbiztosítási szerződést írásban, 30 napos határidő mellett, a folyamatos díjfizetés

esetén a szerződés utolsó díjjal rendezett időszakának utolsó napjára visszavásárolhatja a jelen pontban foglaltak szerint.

Ha a szerződő a megtakarításos életbiztosítás megszüntetését írásban kéri, és a szerződés jellemzői – biztosítási fedezet, belépési kor, tartam – által meghatározott díjjal rendezett tartam eltelt, úgy lehetőség van a szerződés visszavásárlására. Az adott szerződés esetén a visszavásárlás legkorábbi időpontját és az adott biztosítási fedezetre vonatkozó kezdeti visszavásárlási értékeket az életbiztosítási szerződés megkötését visszaigazoló életbiztosítási kötvény mellékletét képező visszavásárlási táblázat tartalmazza. A visszavásárlás a szerződés utolsó díjjal rendezett időszakának utolsó napjára érvényes visszavásárlási összeg és – a visszavásárlásra kerülő szerződésre az adott időpontban érvényes – visszavásárlási nyereségrészesedés kifizetésével történik és ezzel a szerződés megszűnik. Amennyiben az adott szerződés vonatkozásában túlfizetés áll fenn, úgy a biztosító a visszavásárlási összegben túl a többlet befizetést is visszajuttatja a szerződő számára.

• Egyszeri díjfizetés esetén

Ha a szerződő a megtakarításos életbiztosítás visszavásárlását írásban kéri és a teljes egyszeri díj megfizetésre került, továbbá a szerződésből egy biztosítási év már eltelt, a biztosító a kötvény mellékletét képező visszavásárlási táblázatban foglalt visszavásárlási összeget és a visszavásárlásra kerülő szerződésre érvényes nyereségrészesedést fizeti ki, és ezzel a szerződés megszűnik.

8.2. Díjmentes leszállítás

Ha a szerződő a folyamatos díjfizetésű megtakarításos életbiztosítás díjfizetését megszünteti, vagy írásbeli nyilatkozatában a szerződés díjmentes leszállítását, és a szerződés jellemzői – biztosítási fedezet, belépési kor, tartam – által meghatározott díjjal rendezett tartam eltelt, úgy a szerződés díjmentesen leszállításra kerül. Az adott szerződés esetén a díjmentes leszállítás legkorábbi időpontját és az adott biztosítási fedezetre vonatkozó kezdeti díjmentes leszállítási értékeket az életbiztosítási szerződés megkötését visszaigazoló életbiztosítási kötvény mellékletét képező díjmentes leszállítási táblázat tartalmazza. A díjmentes leszállítás az utolsó díjjal rendezett időszakot követő hónap első napjával történik. A díjmentes leszállítás esetén a biztosítás a csökkentett biztosítási összeggel marad érvényben, és a biztosító a hátralévő tartam során erre az összegre áll kockázatban.

Díjmentesen leszállított biztosításra a biztosító nem fogad el újabb díjfizetést és a díjmentesen leszállított szerződésekre nem érvényesek az indexálásra vonatkozó rendelkezések (6. pont).

Kiegészítő biztosítási fedezet a díjmentesen leszállított alapbiztosításhoz nem köthető, illetve nem tartható fenn (10.2 pont).

8.3. Életbiztosítási kötvénykölcson

A kötvénykölcson folyósításának feltétele, hogy az adott szerződés ne legyen hitelfedezettel terhelt és a szerződésre a kötvénykölcson folyósításáig esedékesse vált gyakoriság szerinti díj maradéktalanul megfizetésre kerüljön.

Az előzőekben felsoroltak teljesülése esetén a visszavásárlási értékkel bíró életbiztosításokra a biztosító kamat felszámítása mellett kötvénykölcson nyújthat, melynek feltételeiről a felek külön szerződésben állapodnak meg.

Az életbiztosítási kötvénykölcson és esedékes kamatait, – ha azt még nem fizették vissza – a biztosítási esemény bekövetkezésekor esedékes biztosítási összegből, illetőleg a visszavásárlási összegből a biztosító levonja.

8.4. Hitelfedezet

A biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatási összeg erejéig hitelfedezetet nyújthat a biztosított elhalálása esetére. Ha a biztosítás szolgáltatási összege valamely hitelintézetnél hitelfedezetül szolgál, akkor a biztosító az adott hitelintézet kedvezményezetti jogát a szerződésen föltünteti.

A hitel fedezetéül szolgáló életbiztosítás érvényességét és hatályát nem befolyásolja a hitelt nyújtó bank kockázatbírálása, azaz a banki hiteligénylés elutasítása esetén a hitel fedezetéül megkötött életbiztosítási szerződés a hitel elutasítása ellenére hatályban marad.

A hitelfedezetként szolgáló életbiztosítás biztosítottjának elhalálása esetén a biztosítási szolgáltatás csak az elsőszámú kedvezményezettként jelölt hitelintézet engedélyével kerülhet kifizetésre.

A hitelfedezet tartama alatt a kedvezményezett személyének megváltoztatásához, tartamváltozáshoz, a szerződő módosításhoz, illetőleg a szolgáltatási összeg csökkenését eredményező szerződés módosításokhoz a hitelintézet hozzájárulása szükséges.

9. A biztosítás díjfizetésének elmaradása

Ha a szerződő a folyamatos díjfizetésű szerződéseknél az első időszakra járó díjat, vagy egyszeri díjfizetés esetén a teljes egyszeri díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást sem kapott, illetőleg a biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesítette, a biztosítás megszűnik a kockázatviselés kezdetére visszamenő hatállyal az első elmaradt díj esedékességének időpontjával.

Ha a szerződő folyamatos díjfizetésű szerződéseknél a további díjakat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a biztosító a kockázatot az utolsó elmaradt díj esedékességétől számított 45 napig viseli, azt követően:

- amennyiben a biztosítás díjrendezettsége és a biztosítás különös szerződési feltételei lehetővé teszik, a szerződés díjmentes leszállításra kerül (8.2. pont). A szerződő fél e jogkövetkezmény helyett választhatja a szerződés visszavásárlását (8.1. pont) a biztosítóhoz a díjmentes leszállítást megelőzően, a díjesedékességtől számított 45 napon belül beérkezett írásbeli nyilatkozatával.
- ha a díjjal fedezett hónapok száma, illetve a biztosítás különös szerződési feltételei a díjmentes leszállítást nem teszik lehetővé, a szerződés kifizetés nélkül megszűnik.

10. A kockázatviselés megszűnése

10.1. A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosító kockázatviselése és ezzel a biztosítási szerződés megszűnik

- a biztosított -két biztosított esetén bármelyiküknek a korábbi- kockázatviselési időszakon belüli halálával, a halál bekövetkezésének időpontjával, amennyiben az adott biztosítási fedezet különös szerződési feltételei másképp nem rendelkeznek,
- a biztosítási tartam lejáratával, a lejárat napjának 0. órájával,
- a 8.1. pontban meghatározott visszavásárlással, a visszavásárlást követő nap 0. órájával,
- a szerződő felmondásával (4.4. pont),
- az első időszakra járó folyamatos díj vagy a teljes egyszeri biztosítási díj meg nem fizetésével (9. pont) az esedékesség időpontjára visszamenőleg,
- további folyamatos díjak fizetésének elmaradása esetén (9. pont), ha díjmentes leszállításra nincs lehetőség, úgy a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 0. órájával,
- a biztosított hozzájáruló nyilatkozatának visszavonásával, az írásbeli értesítés biztosítóhoz történő beérkezés napjának 0. órájával,
- ha az alapbiztosítás kockázatviselési időszaka alatt bekövetkező lényeges változás (11.1. pont) következtében a biztosítási kockázatot

a biztosító a továbbiakban nem vállalja, és a változás bejelentés kézhezvételétől számított 30. napra felmondja, illetőleg

- ha a biztosított/együttbiztosított valós életkora alapján a szerződés nem jöhetett volna létre, úgy a szerződéskötés időpontjára visszamenőleg (11.1. pont).
- az életbiztosítási szerződésnek a kockázat jelentős növekedésére tekintettel a biztosító részéről történő felmondásával.

10.2. A kiegészítő biztosítás(ok) megszűnése

A kiegészítő biztosítás(ok) kockázatviselése megszűnik

- a biztosított halálával, a halál bekövetkezésének időpontjával,
- a kiegészítő biztosítás lejáratával, a lejárat napjának 0. órájával,
- az alapbiztosítás megszűnésének napjának 0. órájával,
- azon biztosítási év utolsó napjának 0 órájakor, mikor a biztosított betölti a kiegészítő biztosítás különös szerződési feltételében megadott lejáratú életkort,
- a kiegészítő biztosítás különös szerződési feltételeiben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezésével, a biztosítási esemény bekövetkezése napjának 0. órájával, ha a kiegészítő biztosítási fedezet különös szerződési feltételei szerinti biztosítási esemény a kiegészítő biztosítás megszűnését eredményezi,
- az alapbiztosítás díjmentes leszállításának napja 0. órájával,
- a kiegészítő biztosítások lemondására vonatkozó szerződői nyilatkozat –biztosító központjába történő - beérkezését követő hónap első nap 0. órájával,
- ha a kiegészítő biztosítás kockázatviselési időszaka alatt bekövetkező lényeges változás (11.1. pont) következtében a biztosítási kockázatot a biztosító a továbbiakban nem vállalja, és a változás bejelentés kézhezvételétől számított 30. napra felmondja, illetőleg
- ha a biztosított valós életkora alapján a kiegészítő biztosítási fedezet nem jöhetett volna létre, úgy a kiegészítő biztosítás felvételének időpontjára visszamenőleg (11.1. pont).

11. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

11.1. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

11.1.1. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítóval a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. Az ajánlattételkor írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal a felek a közlési kötelezettségüknek tesznek eleget. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

11.1.2. Ha a szerződéskötéskor már fennállott lényeges körülményekről a biztosító csak később szerez tudomást, az ebből eredő jogokat a szerződés létrejöttétől számított öt évig gyakorolhatja.

11.1.3. A közlési kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, csak az esetleges visszavásárlási összeget fizeti ki, kivéve ha

- a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére,
- a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt biztosítási év már eltelt.

Fogyasztóval kötött szerződés esetén, ha a szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

11.1.4. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalja – a szerződést 30 napon belül írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a mó-

dosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételkor a szerződő fél figyelmét felhívta. Fogyasztóval kötött szerződés esetén, ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító e jogát a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

11.1.5. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartam alatt beálló lényeges körülmények változását a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben és a személyi adatokban bekövetkezett változást haladéktalanul. A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket a biztosító csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azt írásban juttatták el a biztosítóhoz.

11.1.6. Amennyiben a szerződő és a biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadóak. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a változás bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

11.1.7. Amennyiben a biztosító az életkor helytelen bevallása miatt a szerződésben a tényleges fedezetre alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral a biztosítási fedezet különös szerződési feltétele szerint létrejöhett volna, úgy a szolgáltatás arra a szintre kerül leszállításra, amely a szerződés megkötésének időpontjában a biztosított tényleges életkora mellett megfelelt volna.

11.1.8. Ha a szerződés a valós korral létrejöhett volna és a helytelen korbevallás eredményeképpen a díj magasabb szinten került megállapításra, úgy a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

11.1.9. Ha a biztosított/együttbiztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, a szerződés érvénytelen, a biztosító a biztosítási fedezetre befizetett díjakat a 4.4.1. pont szerint visszatéríti a szerződőnek.

11.2. Titoktartási kötelezettség

11.2.1. A biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, 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.

11.2.2. 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.

11.2.3. 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 a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet.

11.2.4. 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.

11.2.5. 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.

11.2.6. 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, vagy a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

11.2.7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel

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 képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,

j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,

m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvé-

ből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,

- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával, a pénzügyi jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresemény igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)–j), n), s) és t) 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, azzal, hogy a k)–m) és p)–r) 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.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az előzőekben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

11.2.8. 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.

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

11.2.10. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

11.2.11. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, így az adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg:

- 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 miniszternek 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.

11.2.12. 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) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszernel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövet-

ségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bűnszervezetben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

11.2.13. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

11.2.14. 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.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

11.2.15. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országban lévő biztosítóhoz vagy harmadik országban lévő adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országban lévő adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:

- a) ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

11.2.17. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól szá-

mított 5 év elteltével, az egészségügyi állapottal összefüggő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

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

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

11.2.20. A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

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

11.3. 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 összefüggésében kezel.

E célokkal összefüggésben a biztosító a tudomására jutott adatokat a Bit. alapján az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a törvényi felhatalmazás kizárólag azokra a 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 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 ügyfelek 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 11.2. 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 kapcsolatosan az alábbi jogokkal élhet:

Tájékoztatás kérése

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

A tájékoztatás naptári évente egyszer ingyenesen adandó. További tájékoztatásért költségterítés állapítható meg, kivéve, ha a tájékoztatás kérése helyesbítéshez vezetett, illetőleg 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.

Helyesbítés

Ha a személyes adat a valóságnak nem felel meg, és a valóságnak megfelelő személyes adat rendelkezésre áll, az adat helyesbíthető.

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.

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 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 a bíróság vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósága (Hatóság) elrendelte.

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 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 kell közölni kell a helyesbítés, zárolás vagy a 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.

Nyilvánosságra hozatal:

a biztosító szervezeti egységein belül kezelt személyes adatok nyilvánosságra hozatala – kivéve, ha arra az érintett felhatalmazást ad, illetve, ha azt a 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 közlése előtt az adat közlője köteles meggyőződni arról, hogy a közölt adatok alapján nem lehetséges természetes személyek azonosítása.

11.4. Felmentés, felhatalmazás

A szerződő és a biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az ajánlatban illetve az egészségi nyilatkozatban, valamint a biztosítóhoz a szerződés megkötése, fenntartása illetve a szolgáltatás kifizetése kapcsán eljuttatott egyéb dokumentumokban foglalt személyes és különleges adatait kezelje, illetve a viszontbiztosítási szerződés keretében a szükséges adatokat a viszontbiztosító részére átadja. A szerződő, a biztosított, illetve a szolgáltatási igényt érvényesítő kedvezményezett a szerződés megkötéséhez, fenntartásához vagy a szolgáltatás kifizetéséhez szükséges egyéb személyes vagy különleges adatok beszerzése érdekében személyesen köteles eljárni.

11.5. Szerződésre jellemző értékek módosítása

Az életbiztosítási szerződést érintő változásokról a biztosító az internetes honlapján ([www. signal.hu](http://www.signal.hu)) nyújt tájékoztatást.

12. A biztosító teljesítése

12.1. A biztosítási esemény bejelentése

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül kell a biztosítónak bejelenteni. A bejelentési határidő elmulasztása esetén a biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási összeg kifizetését, illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.

12.2. A szolgáltatásra jogosult személy

Az életbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összegre a kedvezményezett(ek) jogosult(ak).

12.3. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a szerződő, a biztosított, illetve a kedvezményezett a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jog-

alapjának ésösszességének megállapításához szükséges iratokat, információkat maradéktalanul a biztosító rendelkezésére bocsátotta, továbbá lehetővé teszi azoknak ellenőrzését.

a. **Általánosan kért irat** a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap, és a mindenkor hatályos jogszabályi rendelkezések által előírt esetekben az azonosítási adatlap.

b. **Hatósági eljárás esetén** annak dokumentumai.

c. Lejáratosi szolgáltatás esetén

- a biztosítási kötvény eredeti példánya,
- biztosított életben létét, illetve az esetleges együttbiztosított életben létét hitelt érdemlően igazoló okirat másolata az aláírás dátumával, valamint a biztosított, illetve az együttbiztosított sajátkezű aláírásával ellátva,
- a kedvezményezett(ek) életben létét és személyét igazoló okirat, az aláírás dátumával és a kedvezményezett(ek) aláírásával ellátva,
- a kedvezményezett(ek) nyilatkozata a szolgáltatási igénybevételének módjáról,
- a kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő, illetve gyámhatóság vonatkozó nyilatkozata.

d. Haláleseti szolgáltatás esetén

- a biztosítási kötvény eredeti példánya,
- a biztosított, együttbiztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- halott vizsgálati bizonyítvány,
- a szerződés megkötésétől számított 5 éven belül történt haláleset esetén a háziorvos által kitöltött haláleset utáni orvosi jelentés nyomtatvány,
- a szerződés megkötésétől számított 5 éven belül történt haláleset esetén a halál előtt 5 éven belüli orvosi dokumentumok, ambuláns vagy fekvőbeteg kórházi kezelés esetén kórházi ambuláns kezelőlap és/vagy zárójelentés(ek) másolata.

e. Házasságkötés esetén

- a biztosítási kötvény eredeti példánya,
- a biztosított és a kedvezményezett életben létét hitelt érdemlő igazoló okirat,

- házassági anyakönyvi kivonat.

f. Továbbtanulási szolgáltatás esetén

- a szerződő által benyújtott, a továbbtanulási szolgáltatásra irányuló kérelem,
- a biztosítási kötvény eredeti példánya,
- továbbtanulási szolgáltatást nyújtó intézet által kiállított igazolás a hallgatói jogviszonyról.

g. Baleseti halál esetén

- a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció,
- halottvizsgálati bizonyítvány,
- halotti anyakönyvi kivonat,
- a baleseti halállal összefüggő rendőrségi vagy hatósági határozat,
- a biztosítási kötvény eredeti példánya.

h. Baleseti egészségkárosodás esetén

- a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció és
- a balesetet követő egy év múlva a kezelőorvos által írt részletes állapotjelentés.

i. Munkaképtelenség esetén

- a betegállományban töltött időszakra vonatkozó orvosi igazolás, a diagnózis kódjával ellátva,
- a betegállomány időszakában készült ambuláns vizsgálati lelet, a kórházi zárójelentés,
- veszélyeztetett terhesség miatt a terhes kis-könyv azon oldalainak másolata, mely tartalmazza a veszélyeztetett terhesség okát igazoló adatokat,
- a szerződő nyilatkozata a kárigényből adódó túlfizetés esetleges visszafizetésére vonatkozóan.

j. D, E rokkantsági kategória esetén

- NRSZH, illetve az illetékes rehabilitációs szakigazgatási szervek (vagy jogutódai) által kiállított határozat.

k. C2 rokkantsági kategória esetén

- NRSZH, illetve az illetékes rehabilitációs szakigazgatási szervek (vagy jogutódai) által kiállított határozat.

l. Baleseti vagy műtéti térítés esetén kórházi zárójelentés és a műtéti leírás, mely tartalmazza a WHO kódot.

m. Kórházi napidíj esetén a kórházi zárójelentés.

n. Csonttörés esetén a csonttörést igazoló röntgen felvétel.

A biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételének elbírálásához szükség esetén jogosult bekérni az alábbi dokumentumokat is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/ vagy az igény összecszerűségének és jogalapjának megállapításához szükségesek, és amelyek alapján a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beállhat.

- aktuális és részletes jelentés a biztosított állapotáról,
- baleset után készült valamennyi orvosi lelet, dokumentáció, szakértői vélemény,
- baleseti jegyzőkönyv,
- baleseti egészségkárosodási ellátásra jogosító határozat,
- baleseti egészségkárosodási ellátásra, vagy baleseti rehabilitációs ellátásra, illetőleg D, E, C2 rokkantsági ellátásra jogosító határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok: leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok,
- balesettel összefüggő kórházi kezelésről szóló zárójelentés és műtéti leírás, vagy az ambulánsan végzett műtét leírása,
- betegkarton kivonat (házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton),
- biztosítási feltételben meghatározott betegségek, feltételben meghatározott orvosi dokumentációi,
- biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonya,
- boncjegyzőkönyv, korbonctani lelet,
- gyámhatósági okirat,
- halottvizsgálati bizonyítvány,
- halotti anyakönyvi kivonat,
- hozzájáruló nyilatkozat adatok átadásához,
- jogerős hagyatékátadó végzés (az örökös minőség igazolására),
- kedvezményezett jogosultságot igazoló okirat,

- keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatványok (táppénzes állományra),
- kórházi zárójelentés,
- közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolat,
- közlekedési baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolat,
- amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedély és a jármű forgalmi engedélyének másolata,
- közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos baleseti jegyzőkönyv,
- külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv,
- műtéti leírás, mely tartalmazza a WHO kódot,
- nyilatkozat hozzátartozóról,
- OEP, illetve MEP vagy annak jogutódjának igazolása,
- orvosi ambuláns lap,
- orvosi vizsgálati iratok (korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos),
- öröklési bizonyítvány,
- rendőrségi jegyzőkönyv,
- rendőrségi, vagy hatósági határozat,
- rokkantsági, maradandó egészségkárosodási határozat (NRSZH, illetve annak jogutódjának határozata),
- röntgenfelvétel, (röntgen lelet) vagy orvosi igazolás,
- szerződő/biztosított általi meghatalmazás,
- teljes kórdokumentáció (munkakórlap, végleges kórlap, ápolási lap, labor eredmények, képalkotó műszeres vizsgálatok eredményei),
- testfelületet 20% felett ért és legalább II. fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció,

- vádirat (büntető eljárás során),
- az utolsó díjfizetést igazoló dokumentum,
- a kedvezményezett azonosítási adatlap a Pmt vagy annak jogutódja szerint.

A fenti okiratok beszerzésének költségeit annak kell viselni, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti. A biztosítottnak, együttbiztosítottak, illetve a kedvezményezettnek a bizonyítás általános szabályai szerint joga van a felsorolt okiratokon kívül további más bizonyítási eszköz felhasználására a biztosítási esemény jogalapjának és összecszerűségének bizonyításához.

A biztosított, az együttbiztosított, illetve a kedvezményezett(ek) a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartása mellett, 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. Nevezettek felhatalmazzák a biztosítót, hogy azoktól az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik/melyek a biztosítottat kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és a dokumentumokat közvetlenül beszerezze.

12.4. A szolgáltatás kifizetése

A biztosító a szolgáltatásait költségmentesen banki átutalással teljesíti. A biztosításközvetítő az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem működhet közre. A szolgáltatások kifizetését a szolgáltatás jogosságának és összecszerűségének elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti a biztosító. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételt hiányosan nyújtották be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálja el.

13. Mentesség, kizárások

13.1. Mentesség

A biztosító mentesül az életbiztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. Ebben az esetben a biztosító a visszavásárlási összeg kifizetéséhez szükséges utolsó dokumentum beérkezése napját követően jelen feltétel 8.1. pontjában foglaltak szerinti érvényes visszavásárlási értéket fizeti ki, mely összeg az örökösöket illeti meg, a kedvezményezett abból nem részesülhet. Több haláleseti kedvezményezett esetén a fenti bekezdés rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezettekre, akik nem hatottak közre a biztosított elhalálozásának előidézésében.

A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, és a biztosító a visszavásárlási összeget köteles visszatéríteni, ha a biztosított

- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halálozik el.

13.2. Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosított halála közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:

- háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás,
- felkelésben, lázadásban vagy zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése közben került sor,
- gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben sportversenyen való részvétellel vagy ilyen versenyre való felkészüléssel (edzéssel) vagy egyéb repülősport tevékenységgel (például sárkányrepülő, ejtőernyős ugrás).

A fenti kockázatviselésből kizárt esetekben a biztosító a biztosítási összeg helyett a jelen feltétel 8.1. pontjában foglaltak szerinti visszavásárlási összeget fizeti ki. Ha a biztosításnak a kockázatviselésből kizárt vagy a biztosító mentesülését okozó esemény bekövetkezésének időpontjában nincs visszavásárlási értéke, a szerződés kifizetés nélkül megszűnik.

A biztosítás megkötése előtt már fennálló krónikus betegségek, ill. a bármely okból – már károsodott - korábbi baleset vagy betegség miatt funkciójukban már korlátozott, sérült, vagy csonkolt – testrészek és szervek a biztosításból ki vannak zárva.

14. Egyéb rendelkezések

14.1. Panaszkezelés

14.1.1. Panaszbejelentés módja, csatornái

A biztosító a panaszkezelés során a mindenkor hatályos jogszabályoknak és rendeleteknek megfelelően jár el, azaz biztosítja, hogy a tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát az ügyfél szóban vagy írásban az alábbi csatornák bármelyikén közölhesse.

Személyes panaszbejelentés

Félfogadási időben a központi ügyfélszolgálati irodában lehet személyesen panaszbejelentést tenni. Ügyfélszolgálati Irodánk: 1123 Budapest, Alkotás u. 50. Nyitva tartás: H 8:00–18:00; K–P 8:00–16:00

Telefonos panaszbejelentés

Telefonon belföldről a 06-40-405-405 kékszámon vagy a külföldről is hívható +36-1-458-4200 számon tehet panaszbejelentést az ügyfél. Nyitva tartás: Hétfő 8:00–20:00; Kedd–Csütörtök 8:00–17:00; Péntek 8:00–14:00

Postai úton történő panaszbejelentés

A panaszbejelentés postai úton az alábbi levelezési címre küldhető:

SIGNAL Biztosító Zrt. Vezérigazgatóság,
Panaszkezelési Csoport
Levélcím: 1519 Budapest Pf. 260.

Elektronikus panaszbejelentés

Az ügyfél panaszbejelentését elektronikusan az info@signal.hu e-mail címre, faxon a 06-1-458-4260 faxszámra vagy – regisztrációt követően – Ügyfélportálon keresztül online módon is eljuttathatja a biztosító részére.

14.1.2. Panaszkezelés gyakorlata

A biztosító a telefonon történő panaszkezelés esetén biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézés, továbbá a beszélgetést hangfelvétellel rögzíti, mely egy évig megőrzésre kerül. Erről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatja. Az ügyfél kérésére biztosítja a hangfelvétel visszahallgatását, továbbá térítésmentesen rendelkezésére bocsátja a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet.

A biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha a panasz kezelésével az ügyfél nem ért egyet, vagy a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen tett panasz esetén átadja, telefonon bejelentett panasz esetén pedig megküldi az ügyfél részére, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

Az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követően, legkésőbb a jogszabályban meghatározott harminc napon belül megküldi.

A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy panaszával – annak jellege szerint – a felügyeleti szervhez, a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat:

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest
BKKP Pf. 777

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén az ügyfél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet a Felügyeletnél.

Biztosítási szerződéssel kapcsolatos jogvitával (szerződés létrejötte, érvényessége, hatálya, joghatása, megszűnése, szerződésszegés és annak joghatása) fordulhat a Magyar Nemzeti Bank mellett szervezett Pénzügyi Békéltető Testülethez.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest, BKKP Pf.: 172.

E-mail cím: pbt@mnbb.hu

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

A biztosító az ügyfélpanaszokról nyilvántartást vezet, melyben szerepelnek az ügyfél és panaszadatok, valamint az ügygel kapcsolatos bejövő és a kimenő levelek.

A panaszokat a jogszabályok által meghatározott ideig megőrzi, a Magyar Nemzeti Banki ellenőrzés esetén bemutatja.

14.2. Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékeségtől számított egy év elteltével évülnek el.

14.3. Egyéb rendelkezések

A jelen szerződési feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló (SZJA tv) rendelkezései is irányadók. Jogi személy szerződő esetén az SZJA tv. mellett a társasági adózásról szóló törvény, illetve a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok is irányadók. Mivel az adójogszabályok a szerződés tartama alatt változhatnak, indokolt a biztosított és a szerződő részéről a szerződés tartama alatt a törvényi változások figyelemmel kísérése. A biztosító az aktuális adózásra vonatkozó információkat a honlapján (www.signal.hu) bocsátja Ügyfelei rendelkezésére. Az adójogszabályok változásáról a biztosító nem küld értesítést, a jogszabályi változásokat a szerződő és a biztosított kíséri figyelemmel

A biztosítási szerződés közvetítője lehet független vagy függő biztosításközvetítő. A függő biztosításközvetítő a biztosítási szerződést a biztosítóval fennálló munkaviszonya keretében vagy a biztosító megbízása alapján közvetíti. A függő biztosításközvetítő közvetítői tevékenysége során esetlegesen okozott kárért a biztosító a felelős.

A független biztosításközvetítő tevékenysége során önállóan jár el, nem minősül a biztosító képviselőjének. A független biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályok megszegésével vagy elmulasztásával okozott károkért

önállóan felel. Ez a felelőssége kiterjed a nevében (képviselésében) eljáró személyek tevékenységére is.

Nem válik a szerződés tartalmává minden szokás, amelynek alkalmazásában a felek korábban megegyeztek, és minden gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak.

Írásban tett nyilatkozatnak nem minősül jelen feltételek alapján az elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás (kivéve annak az eredeti, a nyilatkozatot tevő aláírásával ellátott nyilatkozat szkennelt PDF. formátumú másolatát tartalmazó melléklete, vagy fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás) és az SMS.

Függelék

Szerződésre jellemző értékek

- A szerződés 30 napon belül történő felmondása esetén (jelen szerződés 4.4.1. pont) a levonandó költség maximuma: 5 900 Ft
- A technikai kamat mértéke: 2,9%
- A megtakarításos életbiztosításokra visszajuttatandó nyereségrészesedés mértéke: az elért hozam technikai kamat feletti részének 80%-a
- Index hatálya: minden év május 1-től a következő év április 30-ig

Baleset- és egészségbiztosítási általános feltételek

A jelen Baleset- és egészségbiztosítási általános feltételek a klasszikus, valamint a befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződésekhez köthető kiegészítő biztosítások feltételeire vonatkoznak. Az itt nem szabályozott kérdésekben az Életbiztosítási Általános Feltételek az irányadóak.

Betegség az orvostudomány általánosan elismert állása szerinti rendellenes testi, vagy szellemi állapot.

1. Baleset- és egészségbiztosítási események

- 1.1. Balesetbiztosítási esemény olyan, a biztosított akaratán kívül fellépő hirtelen külső behatás, amelynek következménye a biztosítottnak a biztosítási kockázatviselés időtartama alatt, előzmény nélkül bekövetkezett baleset megtörténtétől számított egy éven belüli halála vagy tartós egészségkárosodása. Továbbá biztosítási esemény a kiegészítő biztosítási feltételekben felsorolt egyéb események bekövetkezése.

Balesetbiztosítási eseménynek minősülnek az alábbi, a biztosított akaratán kívül bekövetkező események is:

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

Betegségek nem minősülnek balesetnek.

- 1.2. Egészségbiztosítási eseménynek számítanak a biztosított orvosi szükségessége, hitelesen diagnosztizált és ténylegesen végrehajtott gyógykezelések, vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, ápolások, melyeket a Különös és Kiegészítő feltételek határoznak meg, és melyek elvégzése a biztosítotton bizonyított.

A diagnosztikai célú vizsgálatok és beavatkozások nem jelentenek biztosítási eseményt.

A biztosító szolgáltatásait a kiegészítő biztosítások szerződési feltételei határozzák meg.

A egészségbiztosítási esemény lehet betegség vagy baleseti eredetű.

A gyógykezelés olyan orvosi kezelés, mely az orvostudomány általánosan elismert állása szerint megfelelőnek tűnik az egészség újbóli helyreállítására, az egészségi állapot javítására, vagy a rosszabbodás megakadályozására.

2. Balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások esetén nem biztosítható személyek

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

Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik nem biztosítható személlyé, 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 nem biztosítható személlyé válásáról, és a kockázatot a kockázatbírálási szabályzata értelmében nem vállalhatja, a kiegészítő biztosítást 30 napra írásban felmondhatja.

3. Külön megállapodással biztosítható személyek balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások és csomagok esetén

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:

- 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 kötvényen feltünteti.

4. A kockázatviselés korlátozása baleset-biztosítási kiegészítő biztosítások esetén

- 4.1. *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 öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.*
- 4.2. *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 meglevő betegség súlyosbodásának a következménye.*
- 4.3. *Belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.*
- 4.4. *Pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozta.*

5. Baleset- és egészségbiztosítási védelemből kizárt kockázatok

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

- 5.1. *Terrorcselekmény. Jelen általános feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást, vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.*
- 5.2. *Ha a fogantatás a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően történt, akkor a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az adott terhességre és szülésre. A fogantatás a biztosítási szerződés hatálybalépését megelőzően történt, ha a szerződés hatálybalépése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap van.*
- 5.3. *A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a művi terhességmegszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhességmegszakítások eseteit, illetve a bűn-*

cselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit.

- 5.4. *A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:*
- a) a mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája),*
 - b) a kizárólag a meddőség megszüntetése miatti események,*
 - c) a sterilizáció,*
 - d) a nemi jelleg megváltoztatása,*
 - e) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,*
 - f) a fogpótlás.*
- 5.5. *Ha a biztosítottnál a 4.3., illetve a 4.4. bekezdésben felsorolt események következményeként életmentő beavatkozás szükséges, akkor a biztosító az orvosi beavatkozást igénylő állapot miatti eseményekre szolgáltat.*
- 5.6. *A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:*
- a) az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,*
 - b) olyan keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat miatti keresőképtelenség, a szülőnek, nevelőszülőnek, helyettes szülőnek a beteg gyermeke ápolásával összefüggő keresőképtelensége,*
 - c) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógyterápiás, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizikoterápia, fürdőkúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,*

d) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

5.7. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira, betegségeire.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá:

5.8. légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszemvedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett biztosítási eseményekre,

5.9. motor nélküli légi jármű (repülő szerkezet), segédmotoros vitorlázó repülőgép, motoros sárkányrepülő, valamint ejtőernyő használata közben bekövetkezett balesetekre,

5.10. autó-motorsport, motorcsónak versenyeken (ideértve a tesztúrákat és raliversenyeket is) és ezekkel kapcsolatos edzéseken való aktív részvételre, ideértve a jármű személyzetét (sportolók) és a kisegítő személyzetet.

5.11. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:

a) közvetve, vagy közvetlenül radioaktív sugárzás, illetve ionizáló sugárzás,

b) nukleáris energia.

6. Balesetbiztosítási védelemből kizárt kockázatok

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

6.1. Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek akkor, ha az ittasságon, 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.

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

6.3. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.

6.4. Megemelés, rándulás, napszúrás, hőséguta, fagyás, habituális ficam, patológiás törés, kivéve, ha az baleset következménye.

6.5. 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.

6.6. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe.

6.7. Recehártya-leválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.

6.8. A kiegészítő biztosítás és csomag megkötésének időpontjában már bármely okból sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott (nem ép) testrészek a biztosításból ki vannak zárva.

7. Egészségbiztosítási védelemből kizárt kockázatok

7.1. 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.

7.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:

a) kóros elmeállapot

b) HIV-fertőzés

7.3. A fenti kockázatviselésből kizárt esetekben a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.

8. A biztosító mentesülése baleset- és egészségbiztosítási kockázatok esetén

8.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála illetve sérülése a kedvezményezett szándékos magatartása folytán következett be.

8.2. **A biztosító mentesülése balesetbiztosítási kockázatok esetén**

A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól balesetbiztosítási kockázatok esetén, ha a balesetet, egészségkárosodást szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással

- a szerződő fél vagy a biztosított,
- velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk,
- üzletvezetésre jogosult tagjuk,
- alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.

Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény

- nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudatmódosító szer hatására állt be,
- a biztosított ittas állapotával (2,5 ezrelék, illetve ezt meghaladó véralkohol szint) közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy
- a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas vezetése következtében áll be, vagy
- a biztosított munkavégzése során a munka- és tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt következett be.

A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól balesetbiztosítási kockázatok esetén, ha jelen pontban rögzített személyek a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségüket szegik meg súlyosan gondatlanul vagy szándékosan.

9. **A biztosító mentesülése egészségbiztosítási kockázatok esetén**

9.1. A biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosítottnál bekövetkező betegségek vagy azok következményei

- a biztosított saját magának szándékosan vagy súlyos gondatlansággal (pl.: az orvosi előírások tudatos megszegése) okozott egészségkárosodása,
- valamely a szerződéskötés előtt, a biztosítottnál fennálló, de a biztosító elől elhallgatott betegség illetőleg egészségi állapot meglétével ok-okozati összefüggésben következtek be.

9.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás kifizetése alól

- a biztosított alkohol-, vagy drogfüggősége esetén ezek kezelésével és rehabilitációjával összefüggő egészségbiztosítási eseményekkor,
- olyan betegségek és balesetek valamint ezek következményei esetén, amelyek az alkohol vagy kábítószer élvezete miatt rosszabbodnak, illetve azok gyógykezelése ezáltal megnehezül.

9.3. A biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.

10. **A balesetbiztosítási kiegészítő biztosítások szolgáltatásai**

10.1. **Tartós egészségkárosodás**

10.1.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított egészsége, testi vagy szellemi teljesítőképessége tartósan károsodott, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az egészségkárosodás alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

Az egészségkárosodás fokát az alábbiak szerint kell megállapítani:

Testrészek egészségkárosodása:	Térítés:
egy kar vállízületből való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökízület felettig való elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	65%
egy kar könyökízület 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 ízlelő képesség teljes elvesztése	5%

10.1.2. Az előző pontból adódó egészségkárosodási százalékok összegződhetnek, 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 illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott egészségkárosodási százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni.

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

Az egészségkárosodás tartós jellegét és annak mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

10.1.3. 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 elfogadott orvos szakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvos szakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvos szakértő magasabb egészségkárosodási százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

10.1.4. A baleset utáni első évben az egészségkárosodási 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.

10.1.5. Amennyiben a tartós egészségkárosodás foka nem tisztázott egyértelműen, mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van a baleset napjától számított 4 évig évenként az egészségkárosodás újbóli megállapítását kérni. Ha a felülvizsgálat magasabb egészségkárosodási fokot állapít meg, a biztosító ennek megfelelően térít. Ha a felülvizsgálat alacsonyabb egészségkárosodási fokot állapít meg, a biztosítottak nem kell a korábban kifizetett és a felülvizsgálaton megállapított alacsonyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak viszatérítenie.

10.1.6. Ha a biztosított elhalálozása

– a balesetet követő egy éven belül a balesetből kifolyólag következik be, egészségkárosodási 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 egészségkárosodási fok után teljesítendő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

10.2. Baleseti halál

10.2.1. 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 egészségkárosodási szolgáltatásként már kifizetett összegeket levonja, s csak a különbözetet fizeti ki.

10.2.2. Amennyiben a biztosító a baleseti egészségkárosodási szolgáltatást már kifizette a biztosított elhalálozása előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege alacsonyabb, mint az egészségkárosodási szolgáltatásé, a többletkifizetést nem követelheti vissza.

11. A biztosítási esemény bejelentése a baleset- és egészségbiztosítási kiegészítő biztosítások esetén

- 11.1. 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.
- 11.2. Halálesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették.
- 11.3. Baleseti egészségkárosodásra 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.
- 11.4. A bejelentési határidők elmulasztása esetén a biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás kifizetését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.
- 11.5. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító előírhatja, hogy a biztosított az általa előírt orvosi vizsgálatokon részt vegyen.
- 11.6. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított biztosítási szolgáltatás mértékével nem ért egyet, saját maga is szerezhethet be orvosi véleményt. Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elfogadott orvos szakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvos szakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvos szakértő magasabb szolgáltatást állapít meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

12. A biztosított egyéb kötelezettségei a baleset- és egészségbiztosítási kiegészítő biztosítások és csomagok esetén

- 12.1. 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 – lehetőség szerinti – elhárításáról és enyhítéséről.

- 12.2. A biztosító előírhatja, hogy a biztosított a biztosító által megnevezett orvosokkal indokolt esetben megvizsgáltassa magát.

13. Egyéb rendelkezések

13.1. Egészségbiztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések

- 13.1.1. Az egészségbiztosítási kiegészítő biztosítások vonatkozásában nem tekinthető a kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

- 13.1.2. *Az egészségbiztosítást a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.*

13.2. Balesetbiztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések:

- 13.2.1. *Közlési és változásbejelentési kötelezettség*

Ha a szerződéskötéskor már fennállott lényeges körülményekről a biztosító csak később szerez tudomást, vagy lényeges körülmények megváltozását közlik vele, az ebből eredő jogokat nem csak a szerződés létrejöttétől számított öt évig gyakorolhatja.



www.signal.hu