

Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás

Feltételek

Tartalom

Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános Feltételek (ÁSZF).....	2
Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, a nap bármely időszakára (A1500)	19
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, a nap bármely időszakára (A1550).....	21
Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre (A1600).....	23
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre (A1650).....	25
Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1700)	27
Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1750).....	29
Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)	32
Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902).....	33
Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)	35
D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)	37
C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)	39
Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)	41
Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)	42
Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)	43
Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911).....	44
Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912).....	46
Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)	47
Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930).....	48
Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935).....	49
Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)	50
Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1950)	51
Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1955)	52
Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960).....	54
Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961).....	56
Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)	58
Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970).....	60
Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980).....	62
Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990).....	64
Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)	66
Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995).....	67

CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK (ÁSZF)

Jelen általános szerződési feltételek, melyek egyben **ügyféltájékoztatóul** is szolgálnak, a hatályos magyar jogszabályok, így különösen a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: PTK.), valamint a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) alapján jöttek létre. Az ügyféltájékoztatónak minősülő részek dőlt betűvel szedettek. **A Biztosító mentesülésének szabályai, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szokásos szerződéses gyakorlattól lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűvel szedettek.**

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

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

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

Társaságunk cégneve: SIGNAL Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)
Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.
Telefon: (+36 1) 458 4222
Egyéb elérhetőség: info@signal.hu
www.signal.hu
Cégjegyzék száma: 01-10-042159
Adószáma: 10828704-2-44
KSH száma: 10828704-6511-114-01

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

A szerződési feltételek a 2014. március 15-e után létrejövő Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános Szerződési Feltételekre (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték. Nem alkalmazandók az ÁSZF egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazását az egyes különös és kiegészítő feltételek kifejezetten kizárják.

1. A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen szabályzat szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a különös és kiegészítő biztosítási feltételekben részletesen meghatározott események.
- 1.2. Biztosítási esemény kizárólag a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, váratlan betegség vagy baleset, illetve ezek következménye.

2. A biztosítási szerződés alanyai

- 2.1. **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 szervezet 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 biztosítottat köteles tájékoztatni.

- 2.2. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek baleset miatti kockázatviselési időszakon belüli elhalálása, illetve egészségi állapotával kapcsolatban a kiegészítő biztosítási fedezetek szerződési feltételeiben vállalt biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

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

A biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különválhat.

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 szerződként bármikor beléphet. Ha a biztosított belép a szerző-

désbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A belépésről a biztosítót írásban értesíteni kell.

2.3. Kedvezményezett: a biztosító szolgáltatására jogosult személy, aki lehet:

- a szerződésben megnevezett személy, vagy
- a biztosított vagy örököse, ha a szerződésben kedvezményezettet nem jelöltek meg, vagy a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában. A szerződő fél az eredetileg kijelölt kedvezményezett helyett – a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával – a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, akkor a kedvezményezett jelöléséhez, illetve módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elhalálozik. Ilyen esetben a biztosított vagy a biztosított örököse a kedvezményezett, ha új kedvezményezettet nem neveznek meg.

2.4. Fogyasztó: olyan természetes személy, aki önálló foglalkozása, üzleti tevékenysége körén kívül jár el.

3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

3.1. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre úgy, hogy a szerződő ajánlatot tesz a biztosítónak a szerződés megkötésére. A Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos – a biztosított vagy törvényes képviselőjének írásbeli hozzájárulása szükséges.

A szerződés létrejön, ha a biztosító az ajánlat alapján biztosítási kötvényt állít ki.

3.2. A biztosítási szerződés akkor is létrejön – a biztosítási ajánlatba foglalt tartalommal –, ha a biztosító az ajánlatra, az ajánlat a biztosító vagy képviselőjének történő átadásától számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlaton a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszerezett 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 kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

A biztosított az ajánlat megtételekor – ettől eltérő rendelkezés hiányában – minden esetben köteles egészségi nyilatkozatot tenni. A biztosítottnak a nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie.

3.3. A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszokkal a biztosított kötelezettségének eleget tesz. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatelbírálást végezhet, melynek során a biztosított orvosi vizsgálatát, illetve egyéb írásos nyilatkozatait kérheti. A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni. A kockázatelbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja, illetve az ajánlatra módosító javaslatot tesz. Az ajánlat esetleges elutasítását, illetve a módosító javaslatot a biztosító nem köteles megindokolni.

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

3.5. 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.

3.6. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

3.7. 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.

3.8. A biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai az ajánlat részét képezik.

3.9. Érvényesen létrejött szerződés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítás első vagy egy-szeri díjának megfizetését követő nap 0. órájkor kezdődik. Ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, akkor a

kockázatviselés a halasztásban megjelölt időpont 0. órájakor kezdődik.

- 3.10. Ha a szerződő a díjat a díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező képviselőnek fizeti, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni. A szerződő fél ettől eltérő esetben azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

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

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

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

- 4.3. 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 esetén – amennyiben a kockázatviselés már megkezdődött.

5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg

- 5.1. A biztosítási díj fizetése lehet egyszeri vagy folyamatos. A folyamatos díj éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.
- Az egyszeri díj illetve az első biztosítási évre szóló díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

- 5.2. Ha a szerződő az első vagy az egyszeri díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

- 5.3. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a biztosítási 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.

- 5.4. A kezdeti biztosítási összeget a szerződéskötéskor a szerződő választja a biztosító által megadott lehetőségek közül.

- 5.5. A biztosítás díja a választott biztosítási összeg nagyságától, a biztosítás tartamától, a biztosított belépési korától, egyéni kockázatától (pl.: egészségi állapot, veszélyes tevékenység, hobbi, sport) és – ameddig a törvényi szabályozás lehetővé teszi – a biztosított nemétől függ.

Biztosítási díj átvételére biztosítói meghatalmazással rendelkező képviselő jogosult.

Fedezetfeltöltésre nincs lehetőség.

6. Késedelmes díjfizetés

- 6.1. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

7. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)

A szerződés nem reaktiválható.

A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

8. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

- 8.1. 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 biztosítót; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

8.2. *A közlési kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére.*

8.3. Fogasztóval 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.

8.4. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartama 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 joghatálosnak tekinteni, ha azt írásban juttatták el a biztosítóhoz.

8.5. Amennyiben a szerződő és a biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadók.

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

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

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

9.1. *A szerződő és a biztosított köteles a biztosítónak 5 munkanapon belül bejelenteni, ha a biztosított ajánlatban közölt szakmája, illetve foglalkozása megváltozott.*

9.2. *A biztosító a biztosított új szakmájára illetve foglalkozására vonatkozóan 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetve ha a kockázatot a kockázatelbírálási szabályzat értelmében nem vállalhatja, a biztosítási szerződést a bejelentéstől számított 30 napos határidővel írásban felmondhatja.*

9.3. Amennyiben a biztosítottnak új szakmája alapján a bejelentés időpontjában érvényes díjszabás szerint a korábbinál alacsonyabb díjat kellene fizetni, a bejelentés beérkezésének időpontját követő hó elsejétől a szerződő csak ezt a díjat köteles fizetni. A biztosító az új díjról új kötvényt állít ki.

9.4. Ha a változás után fizetendő díj magasabb a korábbinál, attól az időponttól kezdődően, amikor a változásra vonatkozó bejelentésnek a biztosítóhoz be kellett volna érkeznie, a biztosító 90 napon át a biztosított új szakmájára vonatkozóan is teljes egészében viseli a kockázatot.

9.5. ***Amennyiben a 90 nap eltelte után a biztosított új szakmájára, illetve foglalkozására visszavezethető biztosítási esemény következik be, azonban a biztosított az erre vonatkozó bejelentési kötelezettségének nem tett eleget, a biztosító a fizetendő szolgáltatás mértékét az eredeti biztosítási kötvényben megállapított díj és az új szakma illetve foglalkozás után fizetendő magasabb díj arányában állapítja meg.***

10. Titoktartási kötelezettség

10.1. *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.*

10.2. *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.*

10.3. *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 megkötésé-*

hez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet.

10.4. 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.

10.5. 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.

10.6. 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.

10.7. 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 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 kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó 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 jegyzőkönyvéből 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 biztossával,

r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal,

s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adata 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, azaz, 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.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján a 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

10.8. 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.

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

10.10. 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.

10.11. 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 üzleti adata nem állapítható meg,

b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,

c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,

d) a Bit. nyolcadik részének III. és III/A fejezetében, a pénzügyi konklomérátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

10.12. 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 lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben 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 lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

10.13. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

- 10.14. 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.
- 10.15. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezetéhez (harmadik országbeli 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.
- 10.16. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belsőre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
- 10.17. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az egészségügyi állapottal összefüggő adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.
- 10.18. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 10.19. 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.
- 10.20. A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- 10.21. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- 10.22. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

11. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók

- 11.1. 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 kiszerített tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek

személyes adatát is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

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

A Bit által meghatározott szervezetek felsorolását a jelen szerződési feltételek 10. 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:

11.2. 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 költségtérítés 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.

11.3. 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.

11.4. 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.

11.5. 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 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.

11.6. Nyilvánosságra hozatal

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

11.7. Felmentés, felhatalmazás

A szerződő és a biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az ajánlatban illetve az egészségi nyilatkozatban

valamint a biztosítóhoz a szerződés megkötése, fenn-
tartása illetve a szolgáltatás kifizetése kapcsán eljuttatott
egyéb dokumentumokban foglalt személyes és különle-
ges adatait kezelje, illetve a viszontbiztosítási szerződés
keretében a szükséges adatokat a viszontbiztosító részé-
re átadja. A szerződő, a biztosított, illetve a szolgáltatási
igényt érvényesítő kedvezményezett a szerződés megkö-
téséhez, fenntartásához vagy a szolgáltatás kifizetéséhez
szükséges egyéb személyes vagy különleges adatok be-
szerzése érdekében személyesen köteles eljárni.

11.8. Szerződésre jellemző értékek módosítása

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

12. A szerződés visszavásárlása, díjmentes leszállítása, kötvénykölcson, maradék-jogok

**A biztosítási szerződés maradékjogokkal
nem rendelkezik, így nem visszavásárol-
ható, és nincs lehetőség díjmentes leszál-
lításra, illetve szolgáltatási előleg (kötvény-
kölcson) felvételére sem.**

13. Egyéb változások bejelentése

A szerződés tartama alatt bekövetkezett laccím-
változást, személyi adatokban bekövetkezett
változást, illetve egyéb a kockázatvállalás szem-
pontjából lényeges változást (pl. versenyszerű
sport- és veszélyes hobbytevékenység vagy
foglalkozás megváltozása miatt) mind a szer-
ződőnek, mind a biztosítottnak 5 munkanapon
belül közölnie kell a biztosítóval.

14. Orvosi vizsgálat, egészségi nyilatkozat, várakozási idő

14.1. A biztosító a szerződés megkötéséhez kérheti
az általa összeállított egészségi nyilatkozat(ok)
kitöltését valamint a biztosított egészségi álla-
potának vizsgálatát.

14.2. A biztosító várakozási időt nem köt ki.

15. A szerződés területi hatálya

A biztosítási szerződés alapján a biztosító koc-
kázatviselése – ezzel ellentétes szerződéses ki-
kötés hiányában – egyaránt kiterjed belföldön és
külföldön bekövetkezett biztosítási eseményekre.

16. Nem biztosítható személyek

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

**16.2. Nem biztosíthatóak a hivatásos sportolók,
akik a sportolást jövedelemszerzés céljá-
ból végzik.**

**16.3. Nem biztosíthatóak a 70. életévüket betöl-
tött személyek.**

16.4. Nem biztosíthatóak az alábbi személyek:
– a magyar társadalombiztosítási szerv
határozata alapján bármilyen fokú mara-
dandó egészségkárosodással bír,
– idült szív- és keringési rendszeri beteg-
ségben szenved,
– vérzékeny,
– inzulin-függő (I. típusú) cukorbetegség-
ben szenved,
– dialízis kezelésben részesül,
– Alzheimer-kórban szenved,
– skizofrén,
– Parkinson-kórban szenved,
– 5 évnél régebben diagnosztizált sclero-
sis multiplex betegségben szenved,
– HIV-fertőzött,
– sokízületi gyulladásban szenved,
– csonttritkulás megbetegedésben szen-
ved,
– egyensúlyi zavarban szenved,
– vak,
– aki a biztosítás megkötését megelőző
egy évben olyan balesetet szenvedett,
amely miatt szakorvos által igazoltan 30
napon túl munkaképtelen volt.

**16.5. Nem biztosítható személyekre vonatkozó-
an biztosítási szerződés nem köthető.**

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

17. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

**Nem terjed ki a biztosítási védelem az aláb-
bi eseményekre:**

- 17.1. Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek esetén 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.
- 17.2. A biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás, amennyiben erre nem valamely biztosítási esemény miatt került sor.
- 17.3. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetek. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek.
- 17.4. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás során bekövetkezett balesetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől volt szó.
- 17.5. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati köteleesség teljesítése közben került sor.
- 17.6. Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszenvedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.
- 17.7. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.
- 17.8. Megemelés, habituális ficam, patológiás törés.
- 17.9. Napszúrás, hőguta, fagyás kivéve, ha az baleset következménye.
- 17.10. Veszélyes sport- és egyéb célú tevékenységekből eredő balesetek:
a) autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, motocross, jet ski, motorcsónak sport, vízisízés, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival),
b) búvárkodás légzőkészülékkel 40 méter alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, surf, vadvízi evezés,
c) hegy-, illetve sziklamászás a kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló jogszabályok szerinti V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás), bázisugrás, falmászás,
d) privát-, illetve sportrepülés, repülősportok (pl. ejtőernyős ugrás, hőlégballonozás, léghajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, siklóernyő, siklórepülő, sárkány és ultrakönnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő).
- 17.11. Közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen) által okozott balesetek, abban az esetben, amennyiben az nem áll összefüggésben a biztosított – munkavédelmi szabályok betartása melletti – munkavégzésével.
- 17.12. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
a) kóros elmeállapot,
b) HIV-fertőzés,
c) nukleáris energia.
- 17.13. Fertőzések esetén fennáll a biztosítási védelem, ha a kórokozó olyan baleseti sérülés következtében kerül a szervezetbe, amelyre a kockázatviselés kiterjed. Kismértékű bőr- és nyálkahártya-sérülések nem tartoznak ezen baleseti sérülésekhez. Ha a kórokozó ezen keresztül jut a szervezetbe (azonnal vagy később), a biztosítási védelem nem áll fenn. Ez a korlátozás a veszettségre és a tetanuszra nem vonatkozik. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.
- 17.14. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe. Az ételmérgezés nem minősül balesetnek.
- 17.15. Recehártya-leválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.
- 17.16. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre - kivéve életmentő beavatkozás esetén – amelynek oka részben vagy egészben:
a) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
b) a fogpótlás.
- 17.17. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelynek oka részben vagy egészben:
a) a lelki működés zavarai, betegségei,
b) a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosí-

tottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,

- c) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógy-pedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytor-na, fizikoterápia, fürdőkúra, fogyókúra),*
d) orvosi végzettséggel vagy működési en-gedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

17.18. *A szerződés megkötése előtt már fennálló betegségek, illetve a szerződés megkö-tésének időpontjában bármely okból már károsodott, korábbi baleset vagy betegség miatt sérült vagy csonka, funkciójában kor-látozott (nem ép) testrészek és szervek a biztosításból ki vannak zárva.*

17.19. *A biztosított igazolt (versenyzői, sporto-lói licence-szel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak oko-zati összefüggésben.*

17.20. *Olyan, a szervezet támasztőrendszerét érintő ártalomra, melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet. A degeneratív, ortopéd jellegű kórképek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.*

17.21. *A csőtükrözéssel végzett térdet érintő mű-tétek következményeként kialakult mara-dandó egészségkárosodási kockázat a biz-tosítási fedezetből ki van zárva.*

17.22. *A biztosított foglalkozásával összefüggés-ben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a biztosított foglalkozása:*

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

17.23. *Nem téríti meg a Biztosító továbbá: bármi-nemű kárt, veszteséget, költséget, mely-nek eredménye, keletkezési oka közvetle-nül vagy közvetve összefüggésbe hozha-tó a terrorizmus bármilyen formájával az alábbiakban foglaltak szerint:*

Kizárásra kerülnek azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket köz-vetlenül, vagy közvetve terrorcselekmény-nyel, vagy annak elkövetése során közve-szély okozásával, vagy ezen cselekmények közrehatásával idéznek elő, illetve az aláb-biakban meghatározott egyéb cselekmé-nyekkel okoztak, függetlenül attól, hogy más ok, vagy más esemény, – történjék ez bármely időrendi sorrendben is – közre-hatott-e a kár bekövetkeztében. Terrorista cselekménynek minősül továbbá minden olyan cselekmény – függetlenül attól, hogy erőszakos cselekmény alkalmazásával, azzal való fenyegetéssel, vagy annak elő-készítésével valósult-e meg –, melyet ön-állóan, vagy egy bizonyos szervezet vagy kormány megbízásából, vagy ahhoz kap-csolódva hajt végre egy ember, vagy embe-rek csoportja(i), amelyet minden jel szerint azért hajtanak végre, hogy – egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvános-ság egy részét megfélemlítse, vagy befo-lyásolja, vagy – a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy – melyek módja és körülményei arra engednek kö-vetkeztetni, hogy azokat politikai, szociá-lis, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre. Kizárásra kerül-nek továbbá azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben megha-tározott biztosítási eseményekhez kapcso-lódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül vagy közvetve olyan cselekmények okoz-tak, vagy amelyekben közrehatottak olyan cselekmények, amelyek terrorista táma-dások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függnek össze.

18. A kockázatviselés korlátozása

18.1. *Balesetbiztosítási kockázatoknál hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívül-ről jövő egyszeri, extrém behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) követ-kezményeként jelentkezett.*

18.2. *Balesetbiztosítási kockázatoknál porcko-rongsérv esetén a biztosító csak akkor tel-jesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért egyszeri, extrém közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglevő betegség súlyos-bodásának a következménye.*

18.3. *Balesetbiztosítási kockázatoknál belső szervek vérzése és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.*

18.4. *Balesetbiztosítási kockázatoknál pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem nem áll fenn.*

19. *A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól*

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

Életbiztosítási kockázat vonatkozásában a kockázati életbiztosítási biztosítás összeg kifizetése nélkül szűnik meg a szerződés, ha a biztosított jogellenesen, szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben halt meg

19.2. *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.*

19.3. *A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála, illetve sérülése:*

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

19.4. *Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény*

- a biztosított ittas állapotával (0,8 ezrelék, illetve ezt meghaladó véralkohol szint) közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy*

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

20. *A biztosítási esemény bejelentése*

20.1. *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.*

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

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

20.4. *A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetlenné válik.*

21. *A biztosítási szolgáltatások*

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

21.1. *Tartós baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés*

21.1.1. Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosítottnál legalább 1%-os baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű összszervezeti egészségkárosodás alakult ki, a biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

A rokkantság fokát az alábbiak szerint kell megállapítani:

Testrészek rokkantsága	Térítés
Egy kar vállizületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	55%
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Egy láb combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%
Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlelőképeség teljes elvesztése	5%

21.1.2. Az előző pontból adódó rokkantsági százalékok összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Csak a legalább 1%-os maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás biztosítási esemény. (Ennek megfelelően amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a rokkantsági százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kap-

csán a rokkantsági százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg egyszerese.) Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott rokkantsági százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha a rokkantság foka a rokkantsági tábla lapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A baleseti eredetű rokkantság mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó rokkantságot veszi figyelembe.

A baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

A 21.1.1. pontban feltüntetett táblázat csak irány-mutatásként szolgál.

21.1.3. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet orvosi véleményt. Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő magasabb rokkantsági százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.

21.1.4. A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható, legalább 1%-os mértékű károsodási fok szerint járó kifizetést.

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

nyabb szolgáltatás különbségét a biztosítónak visszafizetnie.

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

21.2. Baleseti halál

- 21.2.1. Ha a halál a balesetet követő egy éven belül, a balesetből kifolyólag következik be, a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére megállapodott összeget fizeti ki.
A haláleseti kifizetésből az ugyanazon eseményből eredően tartós rokkantsági szolgáltatásként már kifizetett összegeket levonja, s csak a különbözetet fizeti ki.
- 21.2.2. Amennyiben a biztosító a baleseti rokkantsági szolgáltatást már kifizette a biztosított halála előtt, és a baleseti halál szolgáltatási összege alacsonyabb, mint a rokkantsági szolgáltatásé, a többletkifizetést nem követelheti vissza.

22. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

- 22.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatásra jogosult a szolgáltatási kötelezettség beálltának és összecszerűségének megállapításához szükséges iratokat maradéktalanul a biztosító rendelkezésére bocsátotta.
- 22.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összecszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat kéri be (a biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a dokumentumok eredeti példányaikat bekérje):*
- a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap,
 - b) baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült ilyen,
 - c) biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény,
 - d) befizetési, átutalási bizonylat, az utolsó díjfizetést igazoló nyugta,
 - e) a biztosított, illetve a kedvezményezett érvényes személyi igazolványa vagy születési anyakönyvi kivonata,

- f) halál esetén
 - a biztosított halotti anyakönyvi kivonata másolatban,
 - a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata,
 - a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolati példái,
- g) azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- h) örökös minőség igazolására – jogerős hagyatékadó végzés másolata,
- i) a különös és a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

- 22.3. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összecszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat is bekérheti (a biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a dokumentumok eredeti példányaikat bekérje):*

- a) aktuális és részletes jelentés a biztosított állapotáról,
- b) baleset után készült valamennyi orvosi lelet, dokumentáció, szakértői vélemény,
- c) baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat,
- d) baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok: leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok,
- e) balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított nevére szóló, gyógyulásával kapcsolatos számlák,
- f) balesettel összefüggő, a baleset napjától számított két éven belüli kórházi kezelésről szóló zárójelentés és műtéti leírás, vagy az ambulánsan végzett műtét leírása,
- g) betegkarton kivonat (házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton),
- h) biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonya,
- i) boncjegyzőkönyv, korbonctani lelet,
- j) gyámhatósági okirat,
- k) halott-vizsgálati bizonyítvány,
- l) házassági anyakönyvi kivonat,
- m) hozzájáruló nyilatkozat adatok átadásához,
- n) kedvezményezett jogosultságot igazoló okirat,
- o) kórházi zárójelentés,
- p) közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos baleseti jegyzőkönyv,
- q) külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása,
- r) műtéti költségek miatti számlák eredeti példány,

- s) műtéti leírás, mely tartalmazza a WHO kódot,
- t) nyilatkozat hozzátartozóról,
- u) OEP/MEP igazolás,
- v) orvosi ambuláns lap,
- w) orvosi vizsgálati iratok (korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos),
- x) öröklési bizonyítvány,
- y) amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti:
 - hatósági eljárás esetén az eljárást lezáró határozatot, a nyomozást megszüntető vagy megtagadó határozatot vagy vádiratot,
 - rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- z) rokkantsági, maradandó egészségkárosodási határozat (NRSZH),
 - aa) röntgenfelvétel és a röntgen lelet valamint az orvosi igazolás,
 - bb) szerződő/biztosított általi meghatalmazás,
 - cc) teljes kórdokumentáció (munkakórnap, végleges kórnap, ápolási nap, labor eredmények, képalkotó műszeres vizsgálatok eredményei),
 - dd) testfelületet 20%- felett ért és legalább II. fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció.

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

- 22.4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényt a biztosítóval szemben érvényesíti.
- 22.5. *A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazza a biztosítót, hogy a biztosítási szerződéssel, illetve a szolgáltatási kötelezettség beálltával összefüggésben más biztosítótól információkat szerezzen be, valamint azoktól az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a biztosítottat kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszerezze.*
A felhatalmazás megadását követően is köteles azonban a biztosított, illetve a szolgáltatásra igényt érvényesítő az adatok, dokumentumok beszerzése során a biztosítóval együttműködni.

23. A szolgáltatás kifizetése

- 23.1. *A biztosító szolgáltatásait költségmentesen, a kedvezményezett részére banki folyószámlára utalással teljesíti. A biztosításközvetítő az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem működhet közre.*
- 23.2. *A biztosító vállalja, hogy a biztosítási szolgáltatások kifizetéséhez szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül a szolgáltatás iránti igény jogosságát elbírálja, és arról nyilatkozik.*
- 23.3. *A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás iránti igény jogosságának elismerését, illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 30 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.*

24. Jognyilatkozatok

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

25. Nyereségrészesedés

A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

26. A biztosítás értékének megőrzése

A szerződés nem rendelkezik értékkövetéssel.

27. Panaszok, kérelmek bejelentése

27.1. Panaszkezelés

27.1.1. Panaszbejelentés módja, csatornái

A biztosító a panaszkezelés során a mindenkori hatályos jogszabályoknak és rendeleteknek megfelelően jár el, azaz biztosítja, hogy a magatartására, 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 kékszámom 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.

27.1.2 Panaszkezelés gyakorlata

A biztosító a telefonon történő panaszkezelés esetén biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézt, 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, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követően, legkésőbb a jogszabályban meghatározott 30 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.

28. Egyéb

28.1. A járadék egyösszegű megváltásáról és az általános forgalmi adó összegének megtérítéséről szóló tájékoztatónk a SIGNAL Biztosító Zrt. hivatalos honlapján, a www.signal.hu honlapon, illetve a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán (1123 Budapest, Alkotás u. 50.) érhető el.

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

28.3. **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.**

29. Elévülés

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított 1 év elteltével évülnek el.

30. Egyéb rendelkezések

30.1. 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 is irányadók.

bályok 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 adó jogszabályok változásáról a biztosító nem küld értesítést, a jogszabályi változásokat a szerződő és a biztosított kíséri figyelemmel.

- 30.2. *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, sérelemdíjért a biztosító a felelős.*
- 30.3. *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 (képviselőként) eljáró személyek tevékenységére is.*

CSOPORTOS BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, A NAP 24 ÓRÁJÁRA (A1500)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben *ügyletfeltájkoztatóul* is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

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

- a) elhalálozik, vagy*
- b) tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.*

2. Biztosítási szolgáltatások

- a) Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.*
- b) Tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.*

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelelő.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötöni.
- 4.3. A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a bel-földön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező balesetekre.

6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes. Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beér-

kezést követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.

- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0 órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. *A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.*
- 7.2. *A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékességi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnés-kor.*
- 7.3. *A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető fél-éves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékeségtől lép hatályba.*
- 7.4. *Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.*

8. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetők:

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)

6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légit közlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

CSOPORTOS PROGRESSZÍV ROKKANTSÁGI SZOLGÁLTATÁSÚ BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, A NAP 24 ÓRÁJÁRA (A1550)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

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

- a) elhalálozik, vagy
- b) tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- a) Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- b) Tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, akkor
 - 1) ha a mérték az 50%-ot nem haladja meg: a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási ösz-

szegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát fizeti ki,

- 2) ha a mérték az 50%-ot meghaladja: a biztosító a rokkantság fokának az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeg ötszörösét veszi alapul, azaz legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosát fizeti ki.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a bel-földön, mind pedig a külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező balesetekre.

6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes.
Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.
- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0 órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékességi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.3. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető fél-éves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép hatályba.
- 7.4. Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.

8. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetők:

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)

2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórháziapidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórháziapidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

CSOPORTOS BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, MEGHATÁROZOTT HELYRE ÉS IDŐRE (A1600)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben *ügyletfeltárkoztatóul* is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

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

- a) elhalálozik, vagy*
- b) tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.*

2. Biztosítási szolgáltatások

- a) Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.*
- b) Tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.*

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelelő.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt balesetekre terjed ki.

6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes.

Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a

biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezést követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.

- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0 órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékességi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.3. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető fél-éves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékeségtől lép hatályba.
- 7.4. Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.

8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 21. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt.

9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetők:

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének

térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)

3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított át-képzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költség térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légit közlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

CSOPORTOS PROGRESSZÍV ROKKANTSÁGI SZOLGÁLTATÁSÚ BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, MEGHATÁROZOTT HELYRE ÉS IDŐRE (A1650)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

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

- a) elhalálozik, vagy
- b) tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- a) Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- b) Tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, akkor
 - 1) ha a mérték az 50%-ot nem haladja meg: a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási ösz-

szegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát fizeti ki,

- 2) ha a mérték az 50%-ot meghaladja: a biztosító a rokkantság fokának az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeg ötszörösét veszi alapul, azaz legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosát fizeti ki.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt balesetekre terjed ki.

6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes.
- Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.
- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0 órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékességi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.3. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép hatályba.
- 7.4. Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.

8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt.

9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetők:

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légi közlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

CSOPORTOS BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, MEGHATÁROZOTT HELYRE ÉS IDŐRE, VALAMINT AZ ADOTT HELY ÉS A LAKHELY KÖZÖTTI ÚTRA (A1700)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

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

- a) elhalálozik, vagy
- b) tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.

2. Biztosítási szolgáltatások

- a) Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.
- b) Tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötni.
- 4.3. A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt balesetekre, illetve az adott hely és a lakhely közötti legrövidebb oda-vissza útra terjed ki.

6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes.

Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezést követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.

- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0 órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.
- 7.2. A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékességi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.
- 7.3. A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető fél-éves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép hatályba.
- 7.4. Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.

8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben, vagy az adott hely és a lakhely közötti legközelebbi oda-vissza úton történt.

9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapszerződéshez az alábbi kiegészítő biztosítások köthetők:

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)
18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

CSOPORTOS PROGRESSZÍV ROKKANTSÁGI SZOLGÁLTATÁSÚ BALESETBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI, MEGHATÁROZOTT HELYRE ÉS IDŐRE, VALAMINT AZ ADOTT HELY ÉS A LAKHELY KÖZÖTTI ÚTRA (A1750)

Jelen különös feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás Általános Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféléltájékoztatóul is szolgálnak.

Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

Jelen különös feltételek azon biztosítási szerződésekre vonatkoznak, ahol a szerződést a szerződő legalább 4 fő biztosított személy által alkotott csoport (továbbiakban: csoport) vonatkozásában jelen különös feltételekre való hivatkozással köti meg.

1. Biztosítási esemény

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

- a) elhalálozik, vagy*
- b) tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.*

2. Biztosítási szolgáltatások

- a) Baleseti halál esetén: a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.*
- b) Tartós, legalább 1%-os mértékű maradandó baleseti eredetű rokkantság, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás esetén: ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 1%-os mértékű maradandó rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, akkor*
 - 1) ha a mérték az 50%-ot nem haladja meg:*

a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát fizeti ki,

- 2) ha a mérték az 50%-ot meghaladja: a biztosító a rokkantság fokának az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos rokkantsági biztosítási összeg ötszörösét veszi alapul, azaz legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosát fizeti ki.*

3. Szerződő

Jelen feltétel vonatkozásában szerződő lehet bárki, akinek érdeke fűződik egy adott csoport tagjainak biztosítási védelméhez.

4. Biztosított személyek

- 4.1. Biztosított lehet az a 2 és 70 év közötti személy, aki egy adott csoport tagja és a biztosító kockázatvállalási feltételeinek megfelel.
- 4.2. A biztosítási szerződést legalább 4 fő biztosított esetén lehet megkötöni.
- 4.3. A szerződő köteles a biztosítónak megadni a csoport létszámát, névsorát és a csoport tagjainak azonosításához szükséges egyéb adatokat, ill. lehetővé tenni, hogy nyilvántartási rendszere alapján a biztosító azt ellenőrizhesse.
- 4.4. Egy adott csoportot teljesnek nevezünk, ha a szerződő a csoport minden tagjára biztosítási szerződést köt.
- 4.5. Ha a szerződő által meghatározott csoport létszáma a 10 főt meghaladja, a biztosító az egészségi nyilatkozat kitöltésétől eltekinthet, de a biztosítottak személyi adatainak megadása ebben az esetben is szükséges lista formájában.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag a biztosítási szerződésben előre meghatározott helyen és időben történt balesetekre, illetve az adott hely és a lakhely közötti legrövidebb oda-vissza útra terjed ki.

6. Létszámváltozás

- 6.1. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosított csoportba való belépés napját követő nap 0. órájától kezdődik, ha a csoport teljes. Amennyiben a szerződő nem egy teljes csoport minden tagjára vonatkozóan kötötte meg a biztosítást, úgy a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítottak adatainak a biztosítóhoz való beérkezését követő nap 0. órájától kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatot 15 napon belül nem utasítja el.
- 6.2. A kockázatviselés az azt követő nap 0 órájától megszűnik, melyen a biztosítottnak az adott csoporttal való tagsági vagy egyéb jogviszonya megszűnik.

7. Biztosítási összeg és biztosítási díj

- 7.1. *A biztosítási összeget szerződéskötéskor a szerződő fél választja, amely egy csoporton belül valamennyi biztosított esetében azonos.*
- 7.2. *A létszámváltozásoknak megfelelő díjkülönbözetet, amennyiben az az éves díjnak legfeljebb 10%-a, a biztosító a következő díjesedékességi időpontban számolja el. Amennyiben a díjkülönbözet 10%-nál nagyobb, a biztosító a beérkezést követő hónap 1. napjáig számolja el, illetve a szerződés megszűnése esetén megszűnéskor.*
- 7.3. *A biztosítás díja éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető fél-éves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számít fel. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékeségtől lép hatályba.*
- 7.4. *Banki átutalás vagy beszedési megbízásos (inkasszó) díjfizetési mód esetén a biztosító díjengedményt nyújthat.*

8. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21. pontjában leírtak mellett azon iratok bemutatását kéri, amelyek igazolják, hogy a baleset a szerződésben előre meghatározott helyen és időben, vagy az adott hely és a lakhely közötti legrövidebb oda-vissza úton történt.

9. Kiegészítő biztosítások

Jelen szerződéshez, mint alapbiztosításhoz az alábbi kiegészítő biztosítások köthetők:

1. Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)
2. Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)
3. Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)
4. D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)
5. C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)
6. Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)
7. Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)
8. Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)
9. Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)
10. Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)
11. Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)
12. Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)
13. Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)
14. Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)
15. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre (A1950)
16. Kiegészítő biztosítási feltételek balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre (A1955)
17. Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)

18. Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)
19. Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)
20. Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)
21. Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)
22. Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)
23. Légit közlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)
24. Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)

BALESETBŐL EREDŐ, KOPONYA-AGYSÉRÜLÉS MIATTI, 30 NAPOT MEGHALADÓ FOLYAMATOS ESZMÉLETLEN ÁLLAPOTRA (KÓMA) VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1901)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben *ügyféltájékoztató*ul is szolgálnak.

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

- orvosi igazolás másolata,
- kórházi zárójelentés másolata,
- a biztosított baleset miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotának (kóma) hivatalos igazolása.

3.3. *további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.*

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított koponya-agysérülés hatására a baleset napjától számított 1 éven belül, orvos által igazolt, orvosi ellátást és kórházi kezelést igénylő, a biztosítási szerződésben köötött legalább 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotba (traumás stupor, kóma (HBCS kód: 025A)) kerül.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén egyszeri kifizetésként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.*
- 2.2. *Egy balesetből eredően a biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifizetésre.*
- 2.3. *Egy biztosítási éven belül legfeljebb 1 alkalommal történhet kifizetés.*

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A balesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*

4. A biztosított személye

- 4.1. *Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint a balesetből eredő, koponya-agysérülés miatt 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.*
- 4.2. *A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.*

- 4.3. *Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.*

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETBŐL EREDŐ, JÁRÓKÉPESSÉG VÉGLEGES ELVESZTÉSE ESETÉN KEREKESSZÉK KÖLTSÉGÉNEK TÉRÍTÉSÉRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1902)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a baleset napjától számított egy év után megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított járóképeségét véglegesen elvesztette és ennek következtében kerekesszék használatára szorul, melynek szükségességét orvosilag alátámasztották és igazolták.
- 1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek a kerekesszék használatának szükségessége, ha az nem áll közvetlen ok-okozati összefüggésben a balesettel.
- 1.3. A kerekesszék használatának szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.

2. Nem biztosítható személyek

- 2.1. Jelen feltételek szerint nem köthető rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen elbírásban részesül.
- 2.2. Jelen feltételek szerint nem köthető rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, akit a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a kerekesszék költségére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a kerekesszék beszerzésének – a biztosított nevére kiállított számlával igazolt – költségét.
- 3.2. Egy biztosítási évben a biztosító szolgáltatásának felső határa a biztosítási összeg, függetlenül a biztosítási események számától.
- 3.3. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki.

4. A biztosító teljesítése

- 4.1. A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelteni kell a biztosítónak.
- 4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák,
 - kórházi zárójelentés (ambuláns kezelőlap),
 - műtéti leírás másolata (amennyiben történt műtét is).
- 4.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.
- 4.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.

5. A biztosított személye

- 5.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a balesetből eredő, járóképeség végleges elvesztése esetén kerekesszék

költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

- 5.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 5.3. Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

6. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETI EREDETŰ, 50% FELETTI ÖSSZ-SZERVEZETI EGÉSZSÉGHÁROSODÁS ESETÉN A BIZTOSÍTOTT ÁTKÉPZÉSE KAPCSÁN FELMERŰŐ KÖLTSÉGEK TÉRÍTÉSÉRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1903)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a baleset napjától számított egy éven belül a biztosítottnál – a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) rehabilitációs véleménye alapján – 50% feletti össz-szervezeti egészség-károsodást állapítanak meg, aminek következtében a baleset előtti foglalkozását nem tudja tovább folytatni, a megváltozott munkaképesség miatt átképzésre van szüksége.
- 1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek az átképzés, ha az nem áll közvetlen ok-okozati összefüggésben a balesettel.
- 1.3. Az átképzés szükségességét a biztosító felülbíráhatja.

2. Nem biztosítható személyek

- 2.1. Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás** olyan személyre, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen elbírásban részesül.

2.2.

Jelen feltételek szerint **nem köthető** rokkantságra vonatkozó kiegészítő **biztosítás** olyan személyre, akit a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben az átképzés költségeire meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a biztosított átképzésével kapcsolatban felmerült ésszerű, és a biztosított/szerződő nevére kiállított számlával igazolt költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 4 éven belül merültek fel.
- 3.2. Egy biztosítási évben a biztosító szolgáltatásának felső határa a biztosítási összeg, függetlenül az átképzések számától.
- 3.3. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki.

4. A biztosító teljesítése

- 4.1. A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.
- 4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - a kifizetéseket igazoló, a biztosított/szerződő nevére szóló eredeti számlák,
 - hivatalos igazolás az átképzés elvégzéséről/befejezésével kapcsolatban,
 - kórházi zárójelentés (ambuláns kezelőlap),
 - műtéti leírás másolata (amennyiben történt műtét is).

- 4.3. *A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az átképzés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*
- 4.4. *Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.*

5. A biztosított személye

- 5.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti végleges, teljes rokkantság esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 5.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 5.3. Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

6. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

D-E ROKKANTSÁGI CSOPORTBA SOROLÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1904)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. A biztosítási esemény

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, a magyar társadalombiztosítási szerv a biztosítottat D-E rokkantsági csoportba sorolja (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerint) és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz. A biztosítási esemény időpontja a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja.

2. Nem biztosítható személyek

2.1. Jelen feltételek szerint *nem köthető* rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen elbírásban részesül.

2.2. Jelen feltételek szerint *nem köthető* rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, akit a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

3. A biztosító szolgáltatása

3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott összeget téríti meg, feltéve, hogy letelt az alábbiakban meghatározott várakozási idő.

3.2. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki, így állapotrosszabbodás esetén sem történik újabb kifizetés.

3.3. A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes magyar társadalombiztosítással rendelkezik.

4. A biztosító teljesítése

4.1. A szolgáltatás iránti igényt a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozat kézhezvételétől számított 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat,
- a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.).

4.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.

5. A biztosított személye

5.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

5.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

- 5.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

6. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

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

7. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

C2 ROKKANTSÁGI CSOPORTBA SOROLÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1905)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. A biztosítási esemény

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, a magyar társadalombiztosítási szerv a biztosítottat C2 rokkantsági csoportba sorolja (az 1997. évi LXXXI. törvény 36/A. § (1) a) aa) bekezdés szerint) és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz. A biztosítási esemény időpontja a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez történő igénybejelentés napja.

2. Nem biztosítható személyek

- 2.1. Jelen feltételek szerint *nem köthető* rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen elbírásban részesül.
- 2.2. Jelen feltételek szerint *nem köthető* rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, akit a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott összeget téríti meg, feltéve, hogy letelt az alábbiakban meghatározott várakozási idő.

- 3.2. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki, így állapotrosszabbodás esetén sem történik újabb kifizetés.

- 3.3. A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes magyar társadalombiztosítással rendelkezik.

4. A biztosító teljesítése

- 4.1. A szolgáltatás iránti igényt a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozat kézhezvételétől számított 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

- 4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozat,
- a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.).

- 4.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

- 4.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.

5. A biztosított személye

- 5.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

- 5.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

- 5.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

6. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

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

7. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1906)

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

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

1. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkező halála.

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosított halálakor a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a várakozási idő eltelte után.

3. A biztosító teljesítése

3.1. *A halálesetet annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül be kell jelenteni a biztosítónak.*

3.2. *A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.*

3.3. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok.

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. élet-

évét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

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

6. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

HÁZASTÁRS/ÉLETTÁRS BALESETI HALÁLA ESETÉN EGYÖSSZEGŰ ÖZVEGYI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1907)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben *ügyféltájékoztató*ul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított házastárs/élettárs akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított házastárs/élettárs a baleset megtörténtétől számított egy éven belül elhalálozik.

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén egyszeri kifizetésként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget özvegyi térítésként fizeti ki a biztosított házastárs/élettárs özvegyének (hátramaradott feleség/férj/élettárs). Élettárs esetén bejegyzett élettársi kapcsolat szükséges a biztosítási összeg kifizetéséhez.

3. A biztosító teljesítése

3.1. *A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.*

3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*

- házassági anyakönyvi kivonat másolata/ bejegyzett élettársi kapcsolat igazolásának másolata,
- férj/feleség/élettárs személyi igazolványának másolata.

4. A biztosított személye

4.1. *Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint az özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.*

4.2. *A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.*

4.3. *Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.*

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1910)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított az orvosiilag szükségesnek tartott egy napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul a balesetet követő két évben. A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel okozati összefüggésben álló kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.

1.2. Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-beteg gyógyintézetek).

1.3. Nem terjed ki a biztosítás:
– geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúra kezelésekre,
– tudóbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
– idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetek,
– gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
– fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
– rehabilitációs gyógyintézetek,
– ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek által nyújtott ellátásra.

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

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosiilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban

részesül, a baleset napjától számított két éven belül maximum 185 napra kórházi napidíjat fizet. Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása két éven belül 185 napra korlátozódik.

3. A biztosító teljesítése

3.1. A kórházi gyógykezelést annak befejezésétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

– kórházi zárójelentés eredeti példánya.

3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4.3. Ha a szerződés alaptartozása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alaptartozással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

KÓRHÁZI NAPIDÍJRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1911)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított baleset vagy betegsége miatt orvosiilag szükségesnek tartott, egy napot meghaladó kórházi fekvőbeteg ellátása (baleset esetén a balesetet követő két éven belül). A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel okozati összefüggésben álló kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.*
- 1.2. *Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvőbeteg gyógyintézetek).*
- 1.3. *Nem terjed ki a biztosítás:*
 - geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúra kezelésekre,
 - nem orvosi javaslatra történő terhesség-megszakítás,
 - rendszeres kábítószer- vagy alkoholfogyasztás miatt bekövetkező kórházi ápolás,
 - a mesterséges megtermékenyítéssel összefüggő fekvőbeteg kezelésekre,
 - tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
 - idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
 - gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
 - fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
 - rehabilitációs gyógyintézetek,
 - ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek által nyújtott ellátásra.
- 1.4. *Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel, illetve a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra.*

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított a biztosítási esemény (baleset vagy betegség) miatt orvosiilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a biztosítási esemény napjától számított két éven belül maximum 185 napra kórházi napidíjat fizet. Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is a biztosító szolgáltatása két éven belül 185 napra korlátozódik.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A kórházi gyógykezelést annak befejezésétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - kórházi zárójelentés eredeti példánya.
- 3.3. *A biztosító fenntartja magának jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

4. A biztosított személye

- 4.1. *Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.*
- 4.2. *A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.*
- 4.3. *Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.*

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföldön, mind pedig a külföldön, a nap bármely

időszakában bekövetkező biztosítási eseményekre.

6. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETI KÓRHÁZI INTENZÍV ELLÁTÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1912)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított az orvosilag szükségesnek tartott egy napot meghaladó kórházi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztályon (továbbiakban: intenzív osztály) vagy intenzív részlegen történő ellátásra (továbbiakban: intenzív ellátás) szorul a balesetet követő 90 napban. (Egy napot meghaladó az intenzív ellátás, ha az intenzív ellátásra történő felvétel és az intenzív ellátásról történő elbocsátás eltérő naptári napra esik.) A biztosítási esemény a biztosítottat ért baleset után az intenzív ellátás megkezdésétől az intenzív ellátás befejezéséig tart.*
- 1.2. *Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-beteg gyógyintézetek).*
- 1.3. *Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel okozati összefüggésben álló intenzív ellátásra.*

2. A biztosító szolgáltatása

A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg- és intenzív ellátásban részesül, a baleset napjától számított két éven belül maximum 185 napra intenzív ellátási napdíjat fizet.
Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása két éven belül 185 napra korlátozódik.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A kórházi gyógykezelést és az intenzív ellátást a kórházi gyógykezelés befejezésétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - kórházi zárójelentés eredeti példánya,
 - intenzív osztályon történő ellátás igazolása.
- 3.3. *A biztosító fenntartja magának jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alaptartozása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alaptartozással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1920)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

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

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti eredetű plasztikai műtét esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a plasztikai műtéttel kapcsolatos orvosiilag igazolt költségeket (pl. orvosi honorárium, gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségei).
- 2.2. A plasztikai műtétnak és az ezzel kapcsolatos kórházi tartózkodásnak a balesetet követően 3 éven belül kell történnie. Ha a biztosított a baleset bekövetkeztekor a 18. életévét még nem töltötte be, a költségeket a biztosító akkor is megtéríti, ha a műtét és a kórházi tartózkodás nem a fenti határidőn belül, de a biztosított 21. életévének betöltése előtt következik be.
- 2.3. A biztosító a plasztikai műtéttel kapcsolatos költségeket csak a műtétet végző (OEP általi működési engedéllyel rendelkező) egészségügyi in-

tézmény által a biztosított nevére kiállított számla ellenében téríti meg.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A szolgáltatás iránti igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - kórházi zárójelentés eredeti példánya,
 - műtéti leírás eredeti példánya, mely a beavatkozás kódját (OENO kód) is tartalmazza,
 - a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti eredetű plasztikai műtétre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

CSONTTÖRÉSRE, CSONTREPEDÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1930)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amely következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved.

1.2. Fogtörés nem minősül csonttörésnek, illetve a fogrepedés nem minősül csontrepedésnek.

2. A biztosító szolgáltatása

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

Biztosítási évente maximum 3 biztosítási eseményre történhet szolgáltatás.

3. A biztosító teljesítése

3.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő iratok benyújtását kéri:

– a csonttörést vagy csontrepedést igazoló röntgenfelvétel és orvosi igazolás másolata.

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a csonttörésre vagy csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

ÉGÉSI SÉRÜLÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1935)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

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

2. A biztosító szolgáltatása

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

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

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

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka.

2.2. Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle súlyosságú és/vagy kiterjedésű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedésének százalékos mértékét összeadva, a legmagasabb súlyosságú sérülés szorzójával állapítja meg. Ez azonban összességében a 200%-ot nem haladhatja meg.

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

3. A biztosító teljesítése

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

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

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

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint az égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4.3. Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1940)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítottnak baleseti költségei merülnek fel.
- 1.2. Baleseti költségnek minősülnek a balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított gyógyulásával, gyógykezelésével kapcsolatos, a biztosított nevére kiállított számlával igazolt:
 - gyógyászati segédeszközök beszerzésének vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (pl.: gyógyszer, kötszer, stb.) szükséges mennyiségben való beszerzésének költségei,
 - rehabilitációs költségek,
 - mentési költségek, amelyek akkor válnak szükségessé, ha a balesetet szenvedett biztosított sérülten mentésre szorul vagy ha meghal és a holtteste csak mentéssel hozzáférhető,
 - szállítási költségek, amelyek akkor merülnek fel, ha a balesetet szenvedett biztosítottat a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi kórházba vagy orvoshoz szállítják, vagy ha a biztosított baleset következtében meghal, és a holttestét a baleset helyszínéről elszállítják.
- 1.3. Nem téríti meg a biztosító:
 - a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költségeket, illetve
 - a fogpótlásból vagy más gyógyászati segédeszközök javításából vagy újbóli beszerzéséből adódó költségeket.
- 1.4. Nem minősül továbbá baleseti költségnek a gyógyászati segédeszközök beszerzésének költsége, ha az nem áll közvetlen ok-okozati összefüggésben a balesettel.
- 1.5. A gyógyászati segédeszközök szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti költségtérítésre meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti az 1.2. pontban meghatározott baleseti költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 1 éven belül merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.
- 2.2. Egy biztosítási évben a biztosító szolgáltatásának felső határa a biztosítási összeg, függetlenül a biztosítási események számától.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenten kell a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETBŐL EREDŐ FOLYAMATOS TÁPPÉNZES ÁLLOMÁNY ESETÉN TÖRTÉNŐ EGYÖSSZEGŰ KIFIZETÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1950)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt elszennvedett sérülés hatására, orvosilag szükségesnek tartott gyógykezelése miatt a biztosított a biztosítási szerződésben kötött legalább 15 és/vagy 28 napig folyamatos táppénzes állományban van.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén egyszeri kifizetésként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
- 2.2. Egy balesetből eredően a biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifizetésre.
- 2.3. Egy biztosítási éven belül legfeljebb 3 alkalommal történhet kifizetés.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A balesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - a táppénzes állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes állomány igazolá-

sára rendszeresített nyomtatványok másolata,
– ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül.

- 3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

- 3.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint a balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén egyösszegű kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.
- 4.3. Ha a szerződés alaptáppénzesítése bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alaptáppénzesítéssel együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETBŐL EREDŐ FOLYAMATOS TÁPPÉNZES ÁLLOMÁNY ESETÉN TÖRTÉNŐ TÖBBSZÖRI KIFIZETÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1955)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a biztosítási szerződés hatálya alatt olyan sérülést szenved, melynek orvosiilag szükségesnek tartott gyógykezelése miatt a biztosított legalább 60, 90, 120, 150 vagy 180 napig folyamatosan táppénzes állományban van.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére többszöri szolgáltatást nyújt.

A biztosítási összeg ötször kerülhet kifizetésre. Az első kifizetést a biztosító a 60. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti. A második kifizetést a biztosító a 90. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti. A harmadik kifizetést a biztosító a 120. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti. A negyedik kifizetést a biztosító a 150. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti. Az ötödik kifizetést a biztosító a 180. táppénzes állományban eltöltött nap után teljesíti.

2.2. A biztosítási fedezet csak baleseti eredetű folyamatos táppénzes állományra vonatkozik. A betegségi eredetű táppénzes állomány vagy a 60, 90, 120, 150, 180 napot összefüggően el nem érő táppénzes állomány nem biztosítási esemény, így a biztosító biztosítási szolgáltatást nem fizet.

2.3. Egy biztosítási éven belül egy biztosított részére legfeljebb öt alkalommal történhet kifizetés.

3. A biztosító teljesítése

3.1. A balesetet a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban be kell jelenteni a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- a táppénzes állomány megállapítására jogosult szerv által táppénzes állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok másolata,
- ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül.

3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

3.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3. pontja is vonatkozik.

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes balesetbiztosítása van, melynek feltételei szerint a balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén többszöri kifizetésre szóló kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

- 4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1960)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Baleset-biztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF és a KSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt a biztosított számára baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett azon műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra kerül sor, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretében végeznek.
- 1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek:
 - kozmetikai és plasztikai kezelésekkel összefüggő műtétek,
 - előzőleg ismert balesetek kapcsán végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás,
 - műtéti szövődmények miatti beavatkozás,
 - halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal igazolt szükségessége még a kockázatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,
 - diagnosztikus műtét, vizsgálat melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,
 - orvosi műhibából adódó műtét,
 - patológias törés miatti műtét,
 - artroszkópia és artroszkópos ízületi és szalagműtét.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére baleseti műtéti térítést fizet.
- 2.2. A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műtéti térítésenként – jelen feltételek 4. pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200%-a kerül kifizetésre.

- 2.3. Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg. Olyan műtéteknél, melyek elvégzésénél a jelen szerződés létrejöttét megelőzően fennálló állapotok jelentős mértékben (legalább 25%-ig) közrehatottak, a biztosító a térítés összegét ezen közrehatás mértékével csökkenti. Ezt a közrehatást, illetve a mértéket a biztosító orvosa állapítja meg.
- 2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 4. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A baleseti műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.
- 3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és összességében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.
- 3.3. A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki függetlenül a műtéti beavatkozások számától.
- 3.4. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - kórházi zárójelentés eredeti példánya mely tartalmazza az elvégzett műtét/beavatkozás OENO kódját,
 - műtéti leírás eredeti példánya.
- 3.5. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés valamint a műtéti beavatkozás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.
- 3.6. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további

szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.

4. Műtétek besorolása

(Példák)

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

- 4.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások
(0%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
57882 Belső fémrögzítés eltávolítása
51100 Idegentest eltávolítása kötőhártyáról bemetszéssel
58900 Bőrvarrat
82000 Orrcsonttörés fedett helyretétele
- 4.2. 2. csoport: egyszerű beavatkozások
(25%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
5837H Achilles-in szakadás helyreállítása
57670 Arctörések nyílt helyreállítása
51950 Dobhártyaplasztika
58400 Kézujj amputáció
51470 Szemlencse beültetés
- 4.3. 3. csoport: középnagy műtétek
(50%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
58480 Combamputáció
57902 Combnyak-szegezés
55110 Epehólyag eltávolítása
57922 Húzóhurkos csontögzítés
50630 Pajzsmirigy eltávolítás

- 4.4. 4. csoport: nagy műtétek
(100%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
53836 Érpótlás
52070 Félkörös ívjáratok kimetszése
51630 Szemeltávolítás
51358 Szívárványhártya eltávolítás
53030 Teljes gégeeltávolítás
53502 Zárt billentyűbemetszés a kéthegeű billentyűn
- 4.5. 5. csoport: különleges műtétek
(200%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
50200 Benyomatos koponyatörés ellátása
55040 Májátültetés
53750 Szívátültetés
53340 Tüdőátültetés
53240 Tüdőlebens eltávolítása

MŰTÉTI TÉRÍTÉSRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1961)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottan végrehajtott, számára káros betegségi vagy baleseti következmények orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett és hitelesen igazolt műtéti eljárások, sebészeti beavatkozások, vagy a betegség pontosabb okait felderítő műtétek, melyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeztek.
- 1.2. Nem vonatkozik a biztosítási védelem:
 - a biztosítás megkötése előtti időben fennálló betegségekből eredő műtétekre és azok következményeire,
 - a biztosítás megkötése előtt bekövetkezett balesetek következményeire.
- 1.3. Nem minősül biztosítási eseménynek:
 - kozmetikai és plasztikai kezelésekkel összefüggő műtétek,
 - előzőleg ismert balesetek kapcsán végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás,
 - műtéti szövődmények miatti beavatkozás,
 - halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal igazolt szükségessége még a kórképzatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,
 - diagnosztikus műtét, vizsgálat melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,
 - orvosi műhibából adódó műtét,
 - patológiás törés miatti műtét,
 - artroszkópia és artroszkópos ízületi és szalagműtét.
- 1.4. Amennyiben a szerződés megszűnik, a biztosítási fedezet a szerződés megszűnésétől számított egy évig áll fenn a szerződés hatálya alatt bekövetkezett, és bejelentett biztosítási eseményekkel igazoltan összefüggésben álló műtétekre.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére baleseti műtéti térítést fizet.
- 2.2. A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műtéti térítésenként – jelen feltételek 4. pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200% -a kerül kifizetésre.
- 2.3. Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg. Olyan műtéteknél, melyek elvégzésénél a jelen szerződés létrejöttét megelőzően fennálló állapotok jelentős mértékben (legalább 25%-ig) közrehatottak, a biztosító a térítés összegét ezen közrehatás mértékével csökkenti. Ezt a közrehatást, illetve a mértéket a biztosító orvosa állapítja meg.
- 2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 4. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A baleseti műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.
- 3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és összességében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.
- 3.3. A biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 3 alkalommal teljesít kifizetést, és maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki függetlenül a műtéti beavatkozások számától.

- 3.4. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
- kórházi zárójelentés eredeti példánya mely tartalmazza az elvégzett műtét/beavatkozás OENO kódját,
 - műtéti leírás eredeti példánya.

- 3.5. *A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés valamint a műtéti beavatkozás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

- 3.6. *Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.*

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

- 4.3. Ha a szerződés alapt biztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

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

6. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

7. Műtétek besorolása

(Példák)

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

- 7.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások (0%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
57882 Belső fémrögzítés eltávolítása
51100 Idegentest eltávolítása kötőhártyáról bemetszéssel
58900 Bőrvarrat
82000 Orrcsonttörés fedett helyretétele

- 7.2. 2. csoport: egyszerű beavatkozások (25%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
5837H Achilles-ín szakadás helyreállítása
57670 Arctörések nyílt helyreállítása
51950 Dobhártyaplasztika
58400 Kézujj amputáció
51470 Szemlencse beültetés

- 7.3. 3. csoport: középnagy műtétek (50%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
58480 Combamputáció
57902 Combnyak-szegezés
55110 Epehólyag eltávolítása
57922 Húzóhurkos csontöregzés
50630 Pajzsmirigy eltávolítás

- 7.4. 4. csoport: nagy műtétek (100%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
53836 Érpótlás
52070 Félkörös ívjáratok kimetszése
51630 Szemeltávolítás
51358 Szívárványhártya eltávolítás
53030 Teljes gégeeltávolítás
53502 Zárt billentyűbemetszés a kéthegegyű billentyűn

- 7.5. 5. csoport: különleges műtétek (200%-os térítés)
WHO-kód Műtét megnevezése
50200 Benyomatos koponyatörés ellátása
55040 Májátültetés
53750 Szívátültetés
53340 Tüdőátültetés
53240 Tüdőlebeeny eltávolítása

KIEMELT KOCKÁZATÚ (KRITIKUS) BETEGSÉGEKRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1962)

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

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

1. Betegségek meghatározása

- 1.1. A *szívizomelhalás* a szívizomzat bizonyos részeinek elhalása, melynek oka az elhalt terület vér-ellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.
- 1.2. *Rosszindulatú daganatos betegség* esetén a szövettani atípia jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.
- 1.3. *Krónikus veseelégtelenség* áll fenn, ha a vesék működései visszafordíthatatlanul csökkentek és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető és a beteg a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.
- 1.4. *Agyi érkatasztrófa* az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán maradandó szervi, idegrendszeri károsodás alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa felléptét követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók. Valamely balesettel oki összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki.

- 1.5. Jelen feltételek szempontjából *szervátültetésnek* minősül az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre. Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a csontvelő-, hasnyálmirigy-, bőr- és csontátültetés nem biztosítási esemény.

- 1.6. Jelen feltételek szempontjából *szívkoszorúér-műtétnek* számít az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való pótlása által.

2. Biztosítási esemény

- 2.1. Jelen feltételek szempontjából *biztosítási eseménynek* minősülnek a biztosítási szerződés hatálya alatt, az alábbiakban meghatározott betegségek, beavatkozások, állapotok és műtétek (továbbiakban: betegségek) hiteles orvosi diagnosztizálása illetőleg elvégzése a biztosítottnál:
 - a) *szívinfarktust* diagnosztizálnak,
 - b) *rosszindulatú daganatban* való megbetegedést állapítanak meg,
 - c) *krónikus veseelégtelenség* lép fel és 60 nap elteltével még dialízisre szorul,
 - d) *agyi érkatasztrófát* diagnosztizálnak és 60 nap elteltével még egyértelműen kimutathatóak az idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek,
 - e) *szervátültetést* hajtanak végre vagy
 - f) *szívkoszorúér (bypass) műtétet* végeznek, illetve
 - g) a fenti betegségekből kifolyólag hirtelen bekövetkező halál.
- 2.2. A biztosítási esemény bekövetkezése
A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egyes betegségek esetén a következő:
 - a) *szívinfarktust* esetén az esemény bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja;
 - b) *rosszindulatú daganatban* való megbetegedés esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja;
 - c) *veseelégtelenség* fellépésekor a rendszeres, tartós dialízis kezelés megkezdését követő 60 nap elteltéig;

- d) agyi érkatasztrófa esetén a maradandó szer-
vi központi idegrendszeri károsodást okozó
betegség bekövetkezése utáni 60 nap eltelte
(utóbbi két esetben ezen az egészségi álla-
potnak, kísérő tüneteknek a 60 napon túl ki-
mutatható maradandó károsodás orvos által
igazolt fennállását kell érteni);
- e) szervátültetés esetén a műtét időpontja;
- f) szívkoszorúér műtét esetén a műtét időpontja;
- g) a fenti betegségekből kifolyólag hirtelen be-
következő halál esetén a halál időpontja.

3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító
a biztosítási szerződésben meghatározott össze-
get téríti meg, feltéve, hogy letelt a várakozási idő.
- 3.2. A biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifi-
zetésre, akkor is, ha több betegség együttesen
lép fel, illetve a kárkifizetést követően újabb be-
tegség vagy abból eredő halál következik be.

4. A biztosító teljesítése

- 4.1. A szolgáltatás iránti igényt legkésőbb a biztosí-
tási esemény bekövetkezését követő 60 napon
belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.
- 4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgál-
tatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2.
pontjában leírtakon túl a következő speciális iratok,
illetve dokumentumok bemutatását is kérheti:
- 4.2.1. Szívizomelhalás bizonyításához az alábbi körü-
lmények hiteles egészségügyi dokumentummal
igazolható jelenléte szükséges:
- a) a kórtörténetben típusos mellkasi fájdalom és
 - b) friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás és
 - c) szívizom-specifikus enzimszintek körjelző
mértékű emelkedése (a két utóbbi körülmény
megvalósulása önmagában is bizonyító érté-
kű) és/vagy
 - d) egyértelmű kórbonctani információ, mely bi-
zonyítja a friss és a halállal közvetten oki ösz-
szefüggésben lévő szívizomelhalás tényét.
- 4.2.2. Rosszindulatú daganatra vonatkozó kárigény
esetén a jogosult pozitív (a sejtek rosszindula-
tú elfajulására és a folyamat invazív terjedésé-
re utaló) szövettani vizsgálati lelettel igazolhatja
kárigénye jogosságát.
A rosszindulatú daganatok köréből jelen biztosí-
tási feltételek kizárják:
- a) a rákelőző (precarcinóma) állapotokat,
 - b) a környezetet el nem árasztó (in situ) daganat-
okat,
 - c) a bőrrákot, kivéve a festékes anyajegyek rossz-
indulatú daganatait (melanoma malignum),

- d) az AIDS betegség mellett, illetve a HIV pozitív
diagnózis mellett fellépő bármely daganatot.

- 4.2.3. A veseelégtelenség biztosítási eseményként tör-
ténő elfogadásának feltétele a legalább 60 napja
tartó rendszeres művesekezelés, amelyet a dialí-
zist végző egészségügyi intézmény dokumentál.
- 4.2.4. Az agyi érkatasztrófa diagnózis elfogadásához
60 nappal a hiteles dokumentummal igazolható
érkatasztrófa után is fennálló, az érkatasztró-
fával oki összefüggésben álló szer-
vi, központi idegrendszeri károsodást jelző tünetek kimutat-
hatósága szükséges. Az érkatasztrófa tényét, a
maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő
közötti oki összefüggés tényét a biztosító orvosa
vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.
- 4.2.5. Szervátültetés biztosítási eseményként történő
elfogadásához a helyes orvosi javallat alapján,
orvos által elvégzett műtéti beavatkozás egész-
ségügyi dokumentuma.
- 4.2.6. Szívkoszorúér-műtéttel kapcsolatos kárigények
akkor jogosak, ha a zárójelentés szerint előzetes
koszorúérfestés eltéréseire alapozott, helyesen
felállított orvosi javallat alapján az áthidaló műtét
megtörtént.

5. A biztosított személye

- 5.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL
Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek
feltételei szerint a kiemelt kockázatú (kritikus) be-
tegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás meg-
köthető.
- 5.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70
éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biz-
tosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. élet-
évét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosí-
tási évfordulón megszűnik.
- 5.3. Ha a szerződés alaptartozása bármely okból
megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a ki-
egészítő biztosítás is.

6. A kockázatviselés területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kiterjed mind a belföl-
dön, mind pedig a külföldön, a nap bármely idő-
szakában bekövetkező biztosítási eseményekre.

7. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alaptartozással
együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell
a szerződőnek megfizetnie.

BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉGRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1970)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosító a baleset napjától számított 2 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást.
- 2.2. A folyamatos keresőképtelenség első, a biztosítási szerződésben meghatározott számú napjára (önrész) a biztosító nem teljesít szolgáltatást. Az önrész a szerződő döntésétől függően lehet 7, 14, 21 vagy 30 nap.
- 2.3. A szolgáltatás mértéke:

a baleset napján hatályos biztosítási összegnek és azon napok számának a szorzata, amely napokon a biztosított keresőképtelen volt, figyelembe véve az önrészt.
- 2.4. A biztosító egy káreseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb 180 napra teljesít szolgáltatást.
- 2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb 180 napra teljesít szolgáltatást.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó szolgáltatási igényt először az önrész leteltétől számított 5 munkanapon belül, majd azt követően 14 napos időközönként kell írásban jelenteni a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - a keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatványok másolata.
- 3.3. A szolgáltatási igénybejelentőt, valamint a baleseti jegyzőkönyv másolatát folyamatos keresőképtelenség esetén csak az első bejelentés alkalmával kell benyújtani, ezt követően csak az előzőekben meghatározott egyéb dokumentumokat, illetve iratokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani a kötvényszámra való hivatkozással.
- 3.4. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a keresőképtelenség indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.
- 3.5. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan érvényes biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. Nem köthető meg baleseti keresőképtelenségi kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult a társadalombiztosítás rendszerében finanszírozott keresőképtelenségi ellátásra – táppénzre, baleseti táppénzre – pl. munkanélküli, nyugdíjas, nappali tagozatos hallgató.

- 4.3. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy öregségi nyugdíjra jogosultságának megszerzéseig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el az öregségi nyugdíjra a jogosultságot, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

5. A biztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések

- 5.1. A biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt előírhatja az egészségbiztosítási járulék fizetésére vonatkozó kötelezettség igazolását, illetve jövedelemigazolás benyújtását.
- 5.2. A biztosított köteles a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a saját jogú keresőképtelenségi ellátásra való jogosultsága. Ebben az esetben a biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítás megszűnik.
- 5.3. *A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, az itt felsorolt feltételek valamelyikének bekövetkezését követő biztosítási évfordulón:*
- a) ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot,
 - b) ha a biztosított rokkantsági nyugdíjra szerez jogosultságot,
 - c) ha a biztosított 50%-os vagy az ennél súlyosabb fokú össz-szervezeti egészségkárosodását az arra jogosult társadalombiztosítási szerv határozatában megállapította.

Amennyiben a jelen pontban felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy a biztosított köteles azt a biztosított feltétel bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

- 5.4. Ha a szerződés alaptbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

6. A biztosító mentesülése a szolgáltatás kifizetése alól, a kockázatviselésből kizárt események

A biztosító kockázatviselése az általános feltételekben meghatározottakon kívül nem terjed ki:

- a) **a nem saját jogú keresőképtelenségre (pl. szülőnek a gyermeke miatti keresőképtelensége, szülő ápolása miatti keresőképtelenség),**
- b) **az olyan keresőképtelenségre, amely nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt kö-**

vetkezett be,

- c) **az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat.**

7. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alaptbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁSRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1980)

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

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

1. Biztosítási esemény

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő olyan hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset napjától számított 2 éven belül orvosiilag szükségesnek tartott:

- a) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt nem kerül sor műtéti beavatkozásra, vagy
- b) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt csak egy napon kerül sor műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- c) kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt több napon is sor kerül műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- d) kórházi fekvőbeteg-ellátásban nem részesül, de műtetre vagy egy napon belül több műtét-re szorul.

1.2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel, illetve elbocsátás napja között

minden éjszakát a kórházban tölt orvosi ellátással kapcsolatban.

A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ápolás első napja a kórházi felvétel napja, utolsó napja pedig a kórházból történő elbocsátás napja.

1.3. Jelen feltétel szempontjából Magyarországon kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvő-beteg gyógyintézetek).

1.4. Nem terjed ki a biztosítás:

- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetek,
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
- idősok szociális otthonai és azok betegosztályai,
- fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek által nyújtott ellátásra.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti gyógyulási támogatás esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget, illetve annak a többszörösét fizeti ki.

A térítés mértéke a kórházi napok számától és az elvégzett műtét vagy műtétek százalékos besorolásától függően a következő:

Kórházi ápolási napok száma	Műtéti csoportok				
	Nem történt beavatkozás vagy 0%-os térítésű a műtét	Egyszerű beavatkozás (25%-os térítés)	Középnagy műtétek (50%-os térítés)	Nagy műtétek (100%-os térítés)	Különleges műtétek (200%-os térítés)
0-7	0	1	2	3	4
8-14	1	2	3	4	5
15-30	2	3	4	5	6
31-	3	4	5	6	7

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti többszöröse.

2.2. Az egy műtét során vagy egy napon belül elvégzett műtéti beavatkozások és sebészeti eljárások közül a biztosító kizárólag a legsúlyosabb műtétet veszi figyelembe a szolgáltatásnál, illetve mértékének meghatározásánál.

2.3. Ha a fekvőbeteg-ellátás során, a kórházi ápolás időszaka alatt eltérő napokon több műtéti beavatkozást, illetve beavatkozásokat is végeznek, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét egyik tényezőként meghatározó szorzót (többszörözőt) az alábbiak szerint állapítja meg:

A 2.2. pont szerint figyelembe veendő elvégzett legsúlyosabb műtét (több azonos súlyosságú műtét esetén egyhez) hozzárendeli a teljes kórházi ápolási napok számát és a táblázat szerinti szorzót, majd ehhez egymás után hozzáadja a további műtéti beavatkozásokhoz és – mindegyik esetén – nulla kórházi ápolási naphoz rendelt szorzókat. Tehát a biztosító az említett szorzók összegében állapítja meg az említett többszörözőt.

2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő feltétel 4. pontjában található, az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető.

2.5. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján.

2.6. A biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosítási eseménytől számított két éven belül a biztosítási összeg tizenötszörösét.

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

3. A biztosító teljesítése

3.1. A baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó szolgáltatási igényt a kórházi fekvőbeteg-ellátás befejezését, illetve amennyiben a műtét kórházi fekvőbetegellátás nélkül történt, akkor a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.

3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 22.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- kórházi zárójelentés,
 - műtéti leírás (amennyiben történt műtét is).
- 3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4. A biztosított személye

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁLRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1990)

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

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított 1 éven belül meghal.
- 1.2. Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.
- 1.3. Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:
 - a gyalogost érő olyan baleset, amelynek következtében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,
 - kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,
 - a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,
 - nem közúton bekövetkezett balesetek.
- 1.4. A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményre:
 - amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik.
- 1.5. Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivételez: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülését vonja maga után.

2. A biztosító szolgáltatása

Ha a biztosított közúti közlekedési baleset következményeként meghal, a biztosító a biztosítási szerződésben a közúti közlekedési baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget kifizeti ki.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó szolgáltatási igényt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül jelenteni kell a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összezszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
 - a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült ilyen).
- 3.3. A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.
- 3.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.

4. A biztosított személye

- 4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.
- 4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

- 4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

LÉGIKÖZLEKEDÉSI BALESETBŐL EREDŐ HALÁLRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1991)

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási Általános és Különös Feltételeivel (továbbiakban: ÁSZF, illetve KSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak.

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért légiközlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a légiközlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül meghal.*
- 1.2. *Légiközlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított menetrendszerű személyszállítást végző, az erre a tevékenységre hatóságilag előírt engedélyekkel rendelkező motoros légi jármű utasaként, illetve a menetrendben szereplő charter légi járatokon utasként szenved balesetet a légi jármű lezuhanása vagy kényszerleszállása során.*
- 1.3. *Nem minősülnek légiközlekedési balesetnek az alábbi események:*
 - *biztosítottat érő olyan baleset, amelyben nem utas minőségben tartózkodik a légi járművön,*
 - *biztosítottat érő olyan baleset, amely nem áll ok-okozati összefüggésben a légi jármű felszállást követő lezuhanásával vagy kényszerleszállásával,*
 - *biztosítottat motor nélküli légi járművön ért baleset.*

2. A biztosító szolgáltatása

Ha a biztosított légiközlekedési baleset következményeként meghal, a biztosító a biztosítási szerződésben a légiközlekedési baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget kifizeti ki.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A légiközlekedési baleseti halálra vonatkozó szolgáltatási igényt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül jelenteni kell a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 21.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - *a légiközlekedési balesetről készített hatósági jegyzőkönyv másolata,*
 - *a légitársaság hivatalos igazolása, hogy a légiközlekedési baleset bekövetkezésének időpontjában a biztosított a légi jármű utasa volt.*
- 3.3. *A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.*
- 3.4. *Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult. Jelen feltételekre az ÁSZF 20.1.3 pontja is vonatkozik.*

4. A biztosított személye

- 4.1. *Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a légiközlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.*
- 4.2. *A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.*
- 4.3. *Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.*

5. A biztosítási díj

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

KÖZÚTI KÖZLEKEDÉSI BALESETI ROKKANTSÁGRA VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI (A1995)

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

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

1. Biztosítási esemény

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért közúti közlekedési baleset abban az esetben, ha annak következtében a biztosított a közúti közlekedési baleset megtörténtétől számított egy éven belül legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.*
- 1.2. *Közúti közlekedési balesetnek minősül a baleset, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet. Nem minősülnek közúti közlekedési balesetnek az alábbi események:*
 - *gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkezésében semmilyen mozgó jármű nem játszott közre,*
 - *kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem játszott közre,*
 - *a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be,*
 - *nem közúton bekövetkezett balesetek.*
- 1.3. *A biztosítás nem terjed ki az alábbi eseményekre:*
 - *amennyiben a biztosított 125 cm³-nél nagyobb hengerűrtartalmú motorkerékpárt vezet, vagy azon utazik,*
 - *járműbe való be- és felszállás, illetve járműből való ki- és leszállás.*
- 1.4. *Amennyiben a biztosított vezetőként nem rendelkezik az adott jármű vezetésére jogosító hatósági engedéllyel (kivételez: hivatalos oktatói felügyelet mellett vezető tanuló), az a biztosító mentesülését vonja maga után.*

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *Ha a baleset napjától számított egy éven belül megállapítható, hogy a közlekedési baleset következményeként a biztosító a szerződésben meghatározott legalább 1%-os mértékű baleseti eredetű rokkantságot, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a rokkantsági fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki. A rokkantság fokát az ÁSZF 21.1.1. pontja szerint kell megállapítani.*
- 2.2. *Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott rokkantsági százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha a rokkantság foka a rokkantsági tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. Ha a rokkantság mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó rokkantságot veszi figyelembe. A baleseti eredetű rokkantság mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.*
- 2.3. *Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított rokkantság mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet orvosi véleményt. Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt kell felülvizsgálatra felkérni. A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő magasabb rokkantsági százalékot állapított meg, vagy ha a felülvizsgálatot a biztosító kérte.*
- 2.4. *A baleset utáni első évben a rokkantsági kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható károsodási fok szerint járó kifizetést.*

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

4.3. Ha a szerződés alapbiztosítása bármely okból megszűnik, ezzel egyidejűleg megszűnik a kiegészítő biztosítás is.

5. **A biztosítási díj**

A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással együtt, azzal azonos díjfizetési gyakorisággal kell a szerződőnek megfizetnie.

3. **A biztosító teljesítése**

3.1. *A közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.*

3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 22.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*

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

3.3. *Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.*

4. **A biztosított személye**

4.1. Biztosított lehet az a személy, akinek a SIGNAL Biztosító Zrt.-nél olyan biztosítása van, melynek feltételei szerint a közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás megköthető.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy 70 éves koráig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el a 70. életévét, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

Csoportos balesetbiztosítási termékeink

Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, a nap bármely időszakára (A1500)

Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, a nap bármely időszakára (A1550)

Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre (A1600)

Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre (A1650)

Csoportos balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1700)

Csoportos progresszív rokkantsági szolgáltatású balesetbiztosítás különös feltételei, meghatározott helyre és időre, valamint az adott hely és a lakhely közötti útra (A1750)

Választható kiegészítő biztosítások

Balesetből eredő, koponya-agysérülés miatti, 30 napot meghaladó folyamatos eszméletlen állapotra (kóma) vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1901)

Balesetből eredő, járóképesség végleges elvesztése esetén kerekesszék költségének térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1902)

Baleseti eredetű, 50% feletti össz-szervezeti egészségkárosodás esetén a biztosított átképzése kapcsán felmerülő költségek térítésére vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1903)

D-E rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1904)

C2 rokkantsági csoportba sorolásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1905)

Kockázati életbiztosításra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1906)

Házastárs/élettárs baleseti halála esetén egyösszegű özvegyi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1907)

Baleseti kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1910)

Kórházi napidíjra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1911)

Baleseti kórházi intenzív ellátásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1912)

Baleseti eredetű plasztikai műtetre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1920)

Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1930)

Égési sérülésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1935)

Baleseti költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1940)

Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő egyösszegű kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1950)

Balesetből eredő folyamatos táppénzes állomány esetén történő többszöri kifizetésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1955)

Baleseti műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1960)

Műtéti térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1961)

Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1962)

Baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1970)

Baleseti gyógyulási támogatásra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1980)

Közúti közlekedési baleseti halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1990)

Légiközlekedési balesetből eredő halálra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1991)

Közúti közlekedési baleseti rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás (A1995)