

Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás (X2000)

Általános és Kiegészítő feltételei

Tartalomjegyzék

CSOPORTOS BALESET-, ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS ÉS KIEGÉSZÍTŐ FELTÉTELEK (ÁSZF)	3
1. A biztosítási szerződés alanyai	3
2. A biztosítási esemény, biztosítási szolgáltatások	4
2.1. Biztosítási esemény	4
2.2. A biztosítási szolgáltatások	4
3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete, várakozási idő	4
4. A biztosítási időszak, biztosítási évforduló, a szerződés megszűnésének esetei	5
5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg, késedelmes díjfizetés	5
5.1. Biztosítási díj	5
5.2. Biztosítási összeg	6
5.3. Késedelmes díjfizetés	6
6. Biztosítás módosításnak esetei, létszámmódosítás	6
7. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)	6
8. Fedezetfeltöltés	6
9. Maradékjogok,nyereségrészesedés, indexálás (értékkövetés)	6
10. A szerződés területi hatálya	6
A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	7
11. Közlési és változás bejelentési kötelezettség	7
12. Titoktartási kötelezettség, titokvédelemmel kapcsolatos előírások	7
12.1. A Biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések	7
12.2. A biztosító üzleti titka	10
12.3. A FATCA-törvény alapján fennálló tájékoztatási kötelezettségek	11
12.4. A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek	11
12.5. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás	12
12.6. Nemek közötti megkülönböztetés tilalma	13
13. Adatkezelés	13
13.1. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók	13
13.2. Tájékoztatás kérése	14
13.3. Helyesbítés	14
13.4. Törlés	14
13.5. Zárolás	14
13.6. Nyilvánosságra hozatal	14
13.7. Felmentés, felhatalmazás	14
14. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok	15
15. A kockázatviselés korlátozása	16
16. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól	17
17. A biztosítási esemény bejelentése	17
18. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok	18
19. A szolgáltatás kifizetése	19
20. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók	19
21. Elévülés	21
22. Egyéb rendelkezések	21

KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEK	23
BALESETI HALÁL	23
KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL	24
KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET	25
BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	26
KÖZLEKEDÉSI BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	28
BALESETI EREDETŰ PROGRESSZÍV SZOLGÁLTATÁSÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	30
BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJ	32
BÁRMELY OKÚ KÓRHÁZI NAPIDÍJ	33
BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS	34
BÁRMELY OKÚ MŰTÉTI TÉRÍTÉS	36
BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE	38
CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS	39
ÉGÉSI SÉRÜLÉSI TÉRÍTÉS	40
BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS	41
BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁS	42
BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG	44
BÁRMELY OKÚ KERESŐKÉPTELENSÉG (15 NAPOS) EGYSZERI TÉRÍTÉSEL	46
D-E ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ	48
C2 ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ	49
KIEMELT KOCKÁZATÚ (KRITIKUS) BETEGSÉGEKRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ	50
1. SZÁMÚ MELLÉKLET: BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK ÉS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET TÁBLÁZAT	52

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

Jelen általános szerződési feltételek, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.), és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) szabályai alapján jöttek létre. Jelen feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyféltájékoztatónak is minősülnek. Az ügyféltájékoztatónak minősülő részek dőlt betűvel szedettek.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatása korlátozásának a feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűvel szedettek.

Társaságunk cégneve: SIGNAL Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.
Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Holding (Németország)
Adószáma: 10828704-2-44
KSH száma: 10828704-6511-114-01
Bejegyezve a Fővárosi Bíróságon, mint Cégbíróságon a Cg. 01-10-042159 szám alatt
Adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-87194/2015
Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.
Telefon: (+36 1) 458 4200
Egyéb elérhetőség: info@signal.hu, www.signal.hu

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

A szerződési feltételek a létrejövő Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételekre (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték. Nem alkalmazandók az ÁSZF egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazását az egyes kiegészítő feltételek kifejezetten kizárják.

1. A biztosítási szerződés alanyai

1.1. Szerződő: a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal és a szerződéssel kapcsolatosan a jognyilatkozatok megtételére jogosult. Szerződő jelen biztosítási szerződés tekintetében kizárólag Magyarországon bejegyzett jogi személy lehet.

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

Biztosítási szerződést az köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg.

1.2. Biztosított: az a legalább 18 éves, de legfeljebb 65 éves korú természetes személy lehet; aki magyarországi állandó lakcímmel rendelkezik, magyar állampolgárságú, és akivel kapcsolatban a kockázatviselési időszakon belüli biztosítási fedezetekre, a szerződési feltételeiben vállalt biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

Biztosított csak az a személy lehet, aki aláírta a „Biztosítotti nyilatkozatot”.

A „Biztosítotti nyilatkozat” az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosított hozzájárulását a szerződés hatályának reá történő kiterjesztéséhez, a biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, így különösen a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést.

A „Biztosítotti nyilatkozat” a szerződés részét képezi.

Az erre vonatkozó dokumentumokat a szerződő, illetve a képviselője a biztosítottól köteles átvenni, azt megőrizni és káresemény esetén annak eredeti példányát a biztosító rendelkezésére bocsátani.

Azon biztosított személyek esetében, akik a biztosítási esemény bekövetkeztenek időpontjában már betöltötték a 65. életévüket, a biztosító szolgáltatást nem teljesít. A befizetett biztosítási díjat a jelen szerződési feltételek 5. pontjában leírtaknak megfelelően visszafizeti.

A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonhatja, ebben az esetben, a rá vonatkozó biztosítási védelem megszűnik, a 4.3.1/ c. pontban foglaltak szerint.

Jelen szerződés esetében a biztosított a szerződésbe szerződként nem léphet be.

Jelen biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különvállik.

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

A biztosított személy biztosítási esemény bekövetkezteként időpontjában számított életkorát a biztosító úgy számolja ki, hogy a biztosítási esemény bekövetkezteként évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

Nem lehet biztosított aki:

- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír,
- az ajánlat aláírásának időpontjában az NRSZH- nál (vagy jogutódjánál) rokkantsági elbírálás alatt áll,
- aki az ajánlat aláírásának időpontjában az NRSZH (vagy jogutódja) határozata alapján rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban részesül,
- idült szív- és keringési rendszeri betegségben szenved vagy szenvedett,
- vérzékeny,
- inzulin-függő (I. típus) cukorbetegségben szenved,
- dialízis kezelésben részesül vagy részesült,
- Alzheimer –kórban szenved,
- vasculáris demenciában szenved,
- mániás depressziós/bipoláris affektív zavarban szenved,
- skizofrén,
- Parkinson-kórban szenved,
- diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
- diagnosztikai vizsgálattal alátámasztottan demelinizációs tünetekkel rendelkezik,
- Myastenia gravis megbetegedésben szenved,
- HIV-fertőzött,
- sokizületi gyulladásban szenved,
- csontritkulás megbetegedésben szenved,
- egyensúlyi zavarban szenved,
- vak,
- epilepsziás megbetegedésben szenved,
- rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenved vagy szenvedett,
- krónikus és/vagy alkoholos májbetegségben szenved,
- aki a biztosítás megkötését megelőző egy évben olyan balesetet szenvedett, amely miatt szakorvos által igazoltan 30 napot meghaladóan keresőképtelen állományban volt.

1.3. Kedvezményezett: a biztosító szolgáltatására jogosult személy.

- Elhalálozás esetén az elhunyt biztosított örököse.
- Egyéb esetben a biztosított személy maga.

2. A biztosítási esemény, biztosítási szolgáltatások

2.1. Biztosítási esemény

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

2.2. A biztosítási szolgáltatások

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezteként időpontjában az adott biztosítottra érvényes biztosítási csomagban foglaltaknak megfelelő, – valamint a kiegészítő feltételekben részletezett – mértékű szolgáltatást teljesít, **amennyiben a biztosított személy életkora a biztosítási esemény bekövetkezteként időpontjában a 65 évet nem haladja meg.**

3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete, várakozási idő

- 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 Baleset-, Élet- 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 ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették.
- 3.3. Jelen szerződés tekintetében a biztosító egészségügyi kockázatelbírálást nem alkalmaz.
- 3.4. 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.

- 3.5. A szerződő és a biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai az ajánlat részét képezik.
- 3.6. Érvényesen létrejött szerződés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat aláírást követő hónap 1. napjával kezdődik. Ez a nap a biztosítás technikai kezdete. Ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, akkor a kockázatviselés a halasztásban megjelölt időpont 0. órájával kezdődik.
- 3.7. A biztosítási szerződés csak abban az esetben jön létre, ha a biztosítottak létszáma eléri a 10 főt. Egy biztosítási szerződésen belül csak egy csoport hozható létre.
- 3.8. 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.
- 3.9. A szerződés hatálybalépésének feltétele, hogy a szerződő az ajánlat aláírásával egyidőben a biztosítottak adatait tartalmazó (minimálisan: biztosított neve, anyja neve, születési dátuma, mely biztosítási csomag érvényes az adott biztosítottra) listát elektronikus formában (xls, xlsx, csv) a biztosító rendelkezésére bocsássa.
- 3.10. A biztosító jelen biztosítás vonatkozásában várakozási időt nem alkalmaz.

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

- 4.1. A biztosítás tartama határozatlan, a biztosítási időszak 1 év, mely évenként automatikusan újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél (a szerződő vagy a biztosító) az évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot tesz.
- 4.2. A biztosítási évforduló a minden naptári évben a biztosítás technikai kezdetének megfelelő naptári nap.
- 4.3. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei
- 4.3.1. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben:
- a) a biztosított halála esetén a halál időpontjával,
 - b) a felek felmondásával a 4.1. pontban írtak szerint,
 - c) a biztosított „**Biztosított nyilatkozatának**” vis-

szavonásával, a nyilatkozat visszavonását követő hónap 1. napjának 0. órájával,

- a) a kilépő biztosított vonatkozásában a biztosított jogviszonyt megalapozó körülmény megszűnésére vonatkozó változás bejelentés (6. pont) biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap 1. napjának 0. órájától,
- e) amennyiben a szerződő azt írásban kezdeményezi, az igény biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap 1. napjának 0. órájától,
- f) a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben és módon.

4.3.2. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb esetei:

- a) díjnemfizetés miatt, a jelen feltétel 5. pontjában leírtak szerint,
- b) ha a szerződő jogutód nélkül megszűnik, a megszűnés napját követő hónap 1. napjának 0. órájával,
- c) a biztosítási szerződés szerződő vagy biztosító általi felmondásával. A biztosítási szerződést érvényesen a biztosítási évforduló napjával – legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 nappal – írásban lehet felmondani.
- d) Amennyiben a szerződésben már csak egy biztosított szerepel, úgy ezen, biztosított személy elhalálásával.

A szerződő nem követelheti a befizetett díjak visszafizetését.

5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg, késedelmes díjfizetés

5.1. Biztosítási díj

- 5.1.1. Az aktuális díj minden esetben a biztosító birtokában lévő, aktuális biztosított létszám alapján kerül meghatározásra és előírásra. A biztosítás mindenkor érvényes díja a választott biztosítási fedezetektől, a biztosítási összegektől, a díjfizetés gyakoriságától és a biztosítottak létszámától függ.
- 5.1.2. A biztosítási díj fizetése folyamatos. A folyamatos díj éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számíthat fel.
- 5.1.3. Az első díjfizetési időszakra szóló díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- 5.1.4. Ha a szerződő az első díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

5.1.5. A szerződő a biztosítás díját a SIGNAL Biztosító Zrt. Magyar Takarékbank Zrt. 11500092 – 11041623 – 00000000 számú bankszámlaszámára, a kötvényszám megjelölésével teljesítheti. A biztosító a beazonosíthatatlan összegeket a küldő számlaszámára visszautalja.

5.1.6. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.

5.1.7. Biztosítási díj átvételére kizárólag biztosítói meghatalmazással rendelkező képviselő jogosult.

5.1.8. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító addig a napig járó díj megfizetését kérheti, amikor a kockázatviselés véget ér.

5.2. Biztosítási összeg

A biztosítási összeget a szerződéskötéskor a szerződő választja a biztosító által megadott lehetőségek közül. (1. számú melléklet) **Az itt feltüntetett fedezetektől eltérő tartalmú és/vagy biztosítási összegű fedezetek nem választhatóak.**

5.3. Késedelmes díjfizetés

5.3.1. 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.

5.3.2. A díj nemfizetés miatt megszünt szerződés nem reaktíválható.

6. Biztosítás módosításnak esetei, létszámmódosítás

6.1. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a jogát a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

6.2. A szerződés módosításához a biztosított hozzájárulása nem szükséges.

6.3. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén, a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítási szerződés következő díjfizetési gyakoriság első napjának 0. órájkor kezdődik, a kilépő biztosítottakra vonatkozóan, pedig az adott díjfizetési gyakoriság utolsó napjának 24. órájáig tart.

A biztosító a tudomására jutástól számítottan kizárólag előremutató hatállyal hajt végre változtatást a biztosított személyekre vonatkozóan.

6.4. Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A biztosító a szerződő felet a tájékoztatásban a szerződést vagy az általános szerződési feltételeket érintő változásokról köteles tájékoztatni.

A módosító javaslat szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a szerződés biztosító általi felmondására.

7. Újra érvénybe helyezés (reaktíválás)

A szerződés nem reaktíválható.

8. Fedezetfeltöltés

Fedezetfeltöltésre nincs lehetőség.

9. Maradékjogok, nyereségrészesedés, indexálás (értékkövetés)

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

9.2 A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

9.3 A szerződés nem rendelkezik értékkövetéssel.

10. A szerződés területi hatálya

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

A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

11. Közlési és változás bejelentési kötelezettség

- 11.1. 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 kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.
- 11.2. Ha a szerződéskötéskor már fennállott lényeges körülményekről a biztosító csak később szerez tudomást, az ebből eredő jogokat a szerződés létrejöttétől számított 5 évig gyakorolhatja.
- 11.3. **A közlési vagy változásbejelentésre irányuló 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, – a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 biztosítási év már eltelt.**
- 11.4. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalja – a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.
- 11.5. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartam alatt beálló lényeges körülmények változását a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben, a személyi adatokban és a biztosított személyek körében bekövetkezett változást haladéktalanul. A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket a biztosító csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azt írásban juttatták el a biztosítóhoz.

A szerződő fél és a biztosítottak kötelesek a lényeges körülmények változását a változás beálltát követő 5 napon belül a biztosítónak írásban bejelenteni az alábbi módok egyikén:

e-mail: info@signal.hu,
telefon: 06 1 458 4200,
fax: 06 1 458 4260,
postacím: SIGNAL Biztosító Zrt.
1519 Budapest, Pf. 260.

- 11.6. Amennyiben a szerződő és a biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadóak. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló 5 éves időszak a változás bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.
- 11.7. **Amennyiben a biztosító az életkor helytelen bevallása miatt a szerződésben a tényleges fedezetre alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral a biztosítási fedezet különös szerződési feltétele szerint létrejöhett volna, úgy a szolgáltatás arra a szintre kerül leszállításra, amely a szerződés megkötésének időpontjában a biztosított tényleges életkora mellett megfelelt volna.**
- 11.8. Ha a szerződés a valós korral létrejöhett volna és a helytelen korbevallás eredményeképpen a díj magasabb szinten került megállapításra, úgy a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.
- 11.9. **Ha a biztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhett volna létre, a szerződés érvénytelen, a biztosító a biztosítási fedezetre befizetett díjakat visszatéríti a szerződőnek.**

12. Titoktartási kötelezettség, titokvédelemmel kapcsolatos előírások

Jelen Titoktartási kötelezettség tájékoztató a jelen általános szerződési feltételek kiadásakor hatályos Bit-nek megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek megfelelő Titoktartási tájékoztató.

12.1. A Biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések

- 12.1.1. A biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a

- Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.*
- 12.1.2. *A 12.1.1 pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.*
- 12.1.3. *A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a Bit. másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.*
- 12.1.4. *Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító az 12.1.1 pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.*
- 12.1.5. *Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha*
- a.) *biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,*
 - b.) *a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.*
- 12.1.6. *A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn*
- a.) *a feladatkörében eljáró Felügyelettel,*
 - b.) *a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,*
 - c.) *büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,*
 - d.) *a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,*
 - e.) *az adóhatósággal, abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben*
- nyilatkozattételi kötelezettség, vagy 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 esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,*
 - j.) *törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,*
 - k.) *a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,*
 - l.) *a Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalával,*
 - m.) *az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,*
 - n.) *a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,*
 - o.) *a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgáló feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,*
 - 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,*

- q.) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r.) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s.) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
- t.) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel

szemben, ha az a)-j), n), és s) és t) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-s) 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.

- 12.1.7. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- 12.1.8. A biztosító vagy a viszontbiztosító 12.1.5. -12.1.12. valamint a 12.1.14. és 12.1.16 pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- 12.1.9. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a 12.1.6. pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- 12.1.10. A biztosító vagy a viszontbiztosító a Nemzetbiztonsági szolgálat, az Ügyészség, továbbá az

ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet.

- 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, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b.) 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, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

- 12.1.11. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- 12.1.12. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- 12.1.13. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
 - a.) magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
 - b.) 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.
- 12.1.14. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
 - a.) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b.) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben megha-

- tározott 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 (a továbbiakban: Infotv.) 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.
- 12.1.15. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
- 12.1.16. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- 12.1.17. A 12.1.14. pontban meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
- 12.1.18. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a 12.1.4. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- 12.1.19. A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 12.1.6. pont b), f) és j) pontjai, illetve a 12.1. 8. pont alapján végzett adattovábbításokról.
- 12.1.20. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.
- 12.1.21. A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 12.1.22. A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 12.1.23. A biztosító és a viszontbiztosító 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.
- 12.1.24. A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- 12.1.25. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- 12.1.26. Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.
- 12.1.27. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén.
- 12.1.28. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.
- 12.2. A biztosító üzleti titka**
- 12.2.1. Aki üzleti titok birtokába jut, köteles azt időbeli korlátozás nélkül megőrizni.
- 12.2.2. A titoktartási kötelezettség alapján az üzleti titok körébe tartozó tény, tájékoztatás vagy adat a Bit.-ben meghatározott körön kívül a biztosító és a viszontbiztosító, továbbá az ügyfél felhatalmazása nélkül nem adható ki harmadik személynek és feladatkörön kívül nem használható fel.
- 12.2.3. Aki üzleti titok birtokába jut, nem használhatja fel arra, hogy annak révén saját maga vagy más személy részére közvetlen vagy közvetett módon előnyt szerezzen, továbbá, hogy a biztosítónak, a viszontbiztosítónak vagy ügyfeleinek hátrányt okozzon.

12.3. A FATCA-törvény alapján fennálló tájékoztatási kötelezettségek

12.3.1. A FATCA-törvény szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen fejezet tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla (a továbbiakban: pénzügyi számla) vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti számlatulajdonos és jogalany (a továbbiakban együtt: számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt megállapodás I. számú melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

12.3.2. Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja

- a.) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- b.) az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
- c.) a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.

12.3.3. Az Aktv. 43/B-43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

12.3.4. FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek

12.3.4.1. A 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA törvény) alapján a biztosító köteles adatot szolgáltatni a magyar adóhatóság felé az összes olyan Egyesült Államokbeli számlatulajdonosról, akik Egyesült Államokbeli adóilletőségűek.

12.3.4.2. Az adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése érdekében a Bit. 148. §-ban foglalt előírások szerint a biztosítónak érintett ügyfelei vonatkozásában a FATCA törvény I. számú melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat) végez.

12.3.4.3. Adatszolgáltatási kötelezettség áll fenn az olyan szerződések vonatkozásában, ahol a számlatulajdonos elzárkózik a nyilatkozat kitöltésétől vagy az adóilletőséget igazoló okiratok bemutatásától (értékhatar felett).

12.3.4.4. Változás-bejelentési kötelezettség terheli a biztosító felé a szerződőt, amennyiben adóilletőségét illetően adataiban változás következik a változás bekövetkeztétől számított 5 napon belül.

12.3.4.5. Az illetőségvizsgálat megtagadása, vagy valótlan, hiányos adatok szolgáltatása esetén a biztosító jogosult az ajánlatot elutasítani, a biztosítási szerződést azonnali hatállyal felmondani és köteles adatszolgáltatást teljesíteni az adóhatóság felé.

12.3.4.6. Az átvilágítás eredményéről évente, minden év június 30-ig adatszolgáltatási kötelezettsége van az adóhatóság felé a biztosítónak, ezért 50.000,- \$ mindenkori MNB középárfolyamon számított forint ellenértékét elérő értékhatar felett a szerződőről adatot szolgáltat az adóhatóság felé az adó és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól 2013. évi XXXVII. törvény 43/B.-43/C.§-ai alapján. Ennek során minden Egyesült Államokbeli adóilletőségű számlatulajdonos alábbi adatait továbbításra kerül az adóhatóság részére:

- a.) számlatulajdonos (illetve jogi személy esetén az ellenőrzést gyakorló személyek) neve, címe, Egyesült Államokbeli adóazonosítója,
- b.) kötvényszám,
- c.) a szerződés egyenlege vagy értéke az adott naptári év végén, annak devizaneme, valamint USA dollárban kifejezett összege.

12.3.4.7. A biztosító az ún. Nem Résztvevő Pénzügyi Intézmények nevről is jelentést köteles tenni, amelyek részére kifizetést teljesített és ezen kifizetések összesített összegéről az adóévet követő június 30. napjáig.

12.3.4.8. Részletes FATCA tájékoztatónk a www.signal.hu oldalon érhető el.

12.4. A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek

12.4.1. Az Aktv. szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen fejezet alkalmazásában a továbbiakban: Intézmény) az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálatot (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

12.4.2. Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja

- a.) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- b.) az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.

12.4.3. Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

12.5. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

- 12.5.1. A biztosító (e fejezet alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e fejezet alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a 12.1.1. pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a 12.1.3-12.1.6. pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
- 12.5.2. A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.
- 12.5.3. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a.) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b.) a biztosított személy adatfelvételi, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c.) az a. pontban meghatározott személyt érintő korábbi – a 12.5.3. pontban meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d.) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e.) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- 12.5.4. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3-9. és 14-18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a.) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - b.) a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - c.) a b.) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d.) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e.) a megkeresett Biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- 12.5.5. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 10-13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a.) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
 - b.) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a 12.5.4. pont b-e. pontjában meghatározott adatokat;
 - c.) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételi, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - d.) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
 - e.) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- 12.5.6. A megkereső biztosító a Bit. 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:
- a.) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
 - b.) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.
- 12.5.7. A 12.5.1. pontban meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a bizto-

sítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az 12.5.1. pontban meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

12.5.8. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

12.5.9. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés 12.5.8. pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

12.5.10. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

12.5.11. A megkereső biztosító az 12.5.1. pontban meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

12.5.12. Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a 12.5.8-12.5.10. pontokban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

12.5.13. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az 12.5.1. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

12.5.14. A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

12.5.15. A Bit. vonatkozó 149. §-ának mindenkor hatályos szövege a www.signal.hu oldalon elérhető.

12.6. Nemek közötti megkülönböztetés tilalma

12.6.1. A biztosító magatartása nem sérti – az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvényben (a továbbiakban: Ebktv.) meghatározott – a nemi hovatartozáson alapuló egyenlő bánásmód követelményét, ha a biztosító kizárólag

- a.) a tartalékképzés,
- b.) a biztosító pénzügyi eszközei összetételének összesített árképzési szempontú nyomon követésével összefüggő belső árazás,
- c.) a viszontbiztosítási szerződések árazása,

d.) a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló törvényben meghatározott gazdasági reklám, továbbá hirdetési tevékenység,

e.) az élet-, baleset és betegségbiztosítási szerződésekkel összefüggésben kockázatelbírálási tevékenység végzése céljából a nemi hovatartozásra vonatkozó, illetve azzal összefüggő adatot, információt kezel, tárol és felhasznál.

12.6.2. A 12.6.1. pontban meghatározottakon túl, a nemi hovatartozáson alapuló megkülönböztetés nem sérti az egyenlő bánásmód követelményét

a.) az olyan – nemi hovatartozáshoz is kapcsolható – közvetett különbségtétel esetén, amelynek tárgyilagos mérlegelés szerint az adott jogviszonnyal közvetlenül összefüggő, önállóan értékelhető és valós különbségen alapuló ésszerű indoka van,

b.) a biztosító ügyfelére, ügyfélcsoportjára nézve az Ebktv. 30/A. §-ában foglaltakhoz képest kedvezőbb elbírálás alkalmazása, ha az nem jelent meg nem engedett különbségtételt az adott ügyféllel, ügyfélcsoporttal összehasonlítható helyzetben lévő más személlyel, személyekkel szemben,

c.) az egyik nem tagjainak meghatározott termékhez való hozzáférése megtagadása, ha a biztosító az adott terméket objektíven igazolt céllal, kizárólag vagy elsősorban az egyik nem tagjainak nyújtja, és a biztosító által alkalmazott megoldások a cél eléréséhez megfelelőek és ahhoz szükségesek.

13. Adatkezelés

13.1. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók

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

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

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

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

A különleges adatok kezelésére vonatkozó írásos hozzájárulását az érintett ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011 évi

CXII. törvény.(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.

Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyeknek, 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 12.1.6 .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:

13.2. 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.

13.3. 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.

13.4. Törlés

A személyes adatot törölni kell, ha

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

13.5. 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 kell közölni kell a helyesbítés, zárolás vagy a törlés iránti kérelem elutasítását és annak ténybeli és jogi indokait. Ebben az esetben az érintettet tájékoztatni kell a bírósági jogorvoslat, továbbá a Hatósághoz való fordulás lehetőségéről.

13.6. Nyilvánosságra hozatal

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

13.7. Felmentés, felhatalmazás

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

14. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

- 14.1. 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.
- 14.2. 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.
- 14.3. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetek. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek.
- 14.4. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határviellongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás során bekövetkezett balesetek, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételről volt szó.
- 14.5. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése közben került sor.
- 14.6. Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszenvedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.
- 14.7. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.
- 14.8. Megemelés, habituális ficam, patológiás törés.
- 14.9. Napszúrás, hőség, fagyás kivéve, ha az baleset következménye.
- 14.10. Veszélyes sport- és egyéb célú tevékenységekből eredő balesetek:
 - a.) autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, go-kart, motocross, jetski, 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.) privat-, illetve sportrepülés, repülősportok (pl. ejtőernyős ugrás, hőlégballonozás, lég-hajó, motoros vitorlázó repülő, paplanrepülő pilóta, siklóernyő, siklórepülő, sárkány és ultrakönnyű repülő pilóta, vitorlázó repülő).
- 14.11. 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.
- 14.12. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
 - a.) kóros elmeállapot,
 - b.) HIV-fertőzés,
 - c.) nukleáris energia.
- 14.13. 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.
- 14.14. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe. Az ételmérgezés nem minősül balesetnek.
- 14.15. Retina leválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.
- 14.16. 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.
- 14.17. 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 biztosított-

nak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,

- c.) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra),
- d.) orvosi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

14.18. A szerződés megkötése előtt már fennálló betegségek, illetve a szerződés megkötésének időpontjában bármely okból már károsodott, korábbi baleset vagy betegség miatt sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott (nem ép) testrészek és szervek a biztosításból ki vannak zárva.

14.19. A biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licence-szel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben.

14.20. Olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra, melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet. A degeneratív, orthopéd jellegű kórképek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.

14.21. Artroszkópiával végzett, térdet érintő műtétek következményeként kialakult maradandó egészségkárosodási kockázat a biztosítási fedezetből ki van zárva.

14.22. A biztosított foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a biztosított foglalkozása:

- *artista,*
- *búvár,*
- *bányász,*
- *építőmunkás magas építményeken (10 méteres magasságtól),*
- *fegyveres testület tagja,*
- *fegyveres őr,*
- *kaszkadőr,*
- *légiutas-kísérő,*
- *pilóta (repülő, helikopter, vadászrepülő),*
- *pirotechnikus,*
- *pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője,*
- *robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás,*
- *tűzijáték- és csillagszórógyártó,*
- *vadász,*
- *veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr,*
- *ipari alpinista,*
- *mélyépítő munkás,*
- *állatszeliidítő,*
- *barlangi mentő, hegyi mentő,*
- *hivatásos katona,*
- *tűzszerező.*

14.23. Nem téríti meg a biztosító továbbá, bármilyen kárt, veszteséget, költséget, melynek eredménye, keletkezési oka közvetlenül vagy közvetve összefüggésbe hozható a terrorizmus bármilyen formájával az alábbiakban foglaltak szerint:

Kizárásra kerülnek azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül, vagy közvetve terrorcselekménnyel, vagy annak elkövetése során közveszély okozásával, vagy ezen cselekmények közrehatásával idéznek elő, illetve az alábbiakban meghatározott egyéb cselekményekkel okoztak, függetlenül attól, hogy más ok, vagy más esemény, – történjék ez bármely időrendi sorrendben is – közrehatott-e a kár bekövetkeztében. Terrorista cselekménynek minősül továbbá minden olyan cselekmény – függetlenül attól, hogy erőszakos cselekmény alkalmazásával, azzal való fenyegetéssel, vagy annak előkészítésével valósult-e meg –, melyet önállóan, vagy egy bizonyos szervezet vagy kormány megbízásából, vagy ahhoz kapcsolódva hajt végre egy ember, vagy emberek csoportja(i), amelyet minden jel szerint azért hajtának végre, hogy – egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvánosság egy részét megfélemlítse, vagy befolyásolja, vagy – a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy – melyek módja és körülményei arra engednek következtetni, hogy azokat politikai, szociális, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre. Kizárásra kerülnek továbbá azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül vagy közvetve olyan cselekmények okoztak, vagy amelyekben közrehatottak olyan cselekmények, amelyek terrorista támadások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függnek össze.

15. A kockázatviselés korlátozása

15.1. Balesetbiztosítási kockázatoknál hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívülről jövő egyszeri, extrém behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.

15.2. Balesetbiztosítási kockázatoknál porckorong-sérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért egyszeri, extrém közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meg-

levő betegség súlyosbodásának a következménye.

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

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

15.5. A biztosító nem tekinti balesetnek, a foglalkozási ártalom következtében kialakuló foglalkozási megbetegedést, még akkor sem, ha azt az arra jogosult állami szerv üzemi balesetnek elismeri.

16. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól

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

16.2. 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.

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

- a kedvezményezett szándékos magatartása következménye. Ebben az esetben, ha több haláleseti kedvezményezett is van, akkor ez a rendelkezése nem vonatkozik azon kedvezményezettekre, akik nem hatottak közre a biztosított elhalálzásának előidézésében.
- A biztosított jogellenesen, szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán vagy azal összefüggésben, vagy
- a biztosított súlyosan gondatlan magatartása folytán következett be.

16.4. Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény

- a biztosított ittas állapotával (0,8 ezreléket meghaladó véralkohol vagy 0,5 mg/l légalalkohol 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 munkavégzés tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt következett be.

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

17. A biztosítási esemény bejelentése

17.1. A biztosított, vagy a biztosítási szolgáltatásra igényt tartó személy, illetve azok képviselője köteles a biztosítónak a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban bejelenteni oly módon, hogy a kárbejelentéssel egyidőben a szerződő által kiadott a biztosított munkavállalói vagy tagságát igazoló dokumentumot, illetve a „Biztosítotti nyilatkozatot” is be kell nyújtania. Köteles továbbá a biztosítónak a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

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

A biztosító elérhetőségei:

Ügyfélszolgálati irodánk: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Levél cím: 1519 Budapest Pf. 260.

Telefonon a +36-1-458-4200 számon

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

17.4. 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 kideríthetetlenül válik.

18. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok

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

18.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételehez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összegszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat kérheti be. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a jelen fejezetben felsorolt valamennyi dokumentum eredeti példányát is bekérje:

Minden esetben be kell küldeni:

- a „Biztosított nyilatkozat” másolatát, illetve kéreésre annak eredeti példányát,
- a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap eredeti példányát,
- a kifizetésre jogosult bankszámlaszámát,
- korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentáció másolatát.

Halál esetén:

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
- halottvizsgálati bizonyítvány/halotti epikrízis másolatát,
- boncolási jegyzőkönyv/korbonctani lelet másolatát (amennyiben készült),
- a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolatát,
- a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatait,
- a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) másolatát; feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,

Baleset esetén:

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől/közlekedési balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum másolatát, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
- baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy munkahelyi baleset esetén munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (amennyiben ilyen készült),
- véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredményének másolata, (amennyiben ilyen készült),
- továbbá közlekedési baleset esetén
 - rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolatát,

- a közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolatát, (amennyiben ilyen készült),
- 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,
- külföldön bekövetkezett baleset esetén a baleset körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordításának másolatát.

Baleseti eredetű/közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén továbbá:

- végállapotot leíró kezelőorvosi lelet másolatát,
- az arra jogosult szerv által kiadott rokkantsági, maradandó egészségkárosodási orvosi határozat másolatát (amennyiben ilyen készült),
- a rokkantság, maradandó egészségkárosodás alapjául szolgáló balesettel (balesetekkel)/betegséggel(betegségekkel) kapcsolatos valamennyi és még be nem nyújtott orvosi dokumentum másolatát.

C2-D-E rokkantsági kategória esetén:

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

Kórházi ápolás, műtéti térítés, plasztikai műtét, égési sérülés, gyógyulási támogatás, keresőképzetlenség, kritikus betegség és baleseti költségtérítés esetén továbbá:

- valamennyi az adott betegséggel/balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumot
 - orvosi ambuláns lap másolatát,
 - orvosi igazolás, beutaló másolatát,
 - kórházi zárójelentés másolatát; műtét esetén olyat mely tartalmazza WHO vagy az OENO kódot,
 - műtéti leírás másolatát,
 - altatási jegyzőkönyv másolatát,
 - kórlapok másolatát,
 - ápolási lap és dokumentáció másolatát,
 - labor eredmények másolatát,
 - szövettani eredmények másolatát,
 - képalkotó műszeres vizsgálatok eredményeinek másolatát,
- testfelületet 20%- felett ért és legalább II.fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció másolatát,
- korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentáció másolatát,

- betegkarton kivonat (házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton, járóbeteg ellátási karton) másolatát,
- táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok eredeti vagy másolati példányát,
- szükség esetén OEP/MEP igazolást.

Csonttörés, csontrepedés estén:

- röntgen lelet másolatát,
- röntgenfelvétel eredeti példányát.

Egyéb dokumentumok:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény eredeti példányát,
- befizetési, átutalási bizonylat, az utolsó díjfizetést igazoló nyugta eredeti példányát,
- a biztosított személyi igazolványának vagy születési anyakönyvi kivonatának másolatát,
- diákigazolvány, diákkártya másolatát,
- kedvezményzettségi jogosultságot igazoló okirat, a szerződő és a biztosítottaknak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes lakcímet igazoló hatósági igazolványának másolata
- hozzátartozói viszonyt igazoló dokumentum (házassági anyakönyvi kivonat, bejegyzett élettársi kapcsolatról szóló igazolás, stb.) másolatát,
- baleseti rokkantsági nyugdíjra/járadékra vagy rokkantsági nyugdíjra/járadékra jogosító határozat másolatát,
- gyámhatósági iratok másolatát,
- az OEP, illetve egyéb hivatalos szerv felé történő adatkéréshez szükséges a biztosított, biztosított örököse vagy a kedvezményezett által aláírt felmentő nyilatkozat eredeti példányát,
- azok az iratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükségesek,
- biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonyának igazolásra szolgáló dokumentumok másolatát,
- balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított nevére szóló, gyógyulásával kapcsolatos számlák eredeti példányát,
- műtéti költségek miatti számlák eredeti példányát,
- a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

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

- 18.3. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti.

- 18.4. A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg 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 beszeresse.

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

- 18.5. Az idegen nyelvű dokumentumokat magyar nyelven kell benyújtani, a magyar nyelvű hiteles fordítás költségei minden esetben az igény érvényesítőjét terhelik.
- 18.6. A biztosító által előírt, a kárrendezéshez kapcsolódó orvosi vizsgálaton részt vett biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében jogosult a vizsgálati eredményeket az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.

19. A szolgáltatás kifizetése

- 19.1. *A biztosító szolgáltatásait költségmentesen, a kedvezményezett részére banki folyószámlára utalással teljesíti. A biztosításközvetítő az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem működhet közre.*
- 19.2. *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.*
- 19.3. *A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás igény jogosságának elismerését, illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 30 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.*

20. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók

- 20.1. *A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.*

Személyes panaszbejelentés

Félfogadási időben a központi ügyfélszolgálati irodában lehet személyesen panaszbejelentést tenni.

Ügyfélszolgálati Iroda: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefonos panaszbejelentés

Telefonon a +36-1-458-4200 számon tehet panaszbejelentést az ügyfél.

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 faxeszámra vagy – regisztrációt követően – Ügyfélportálon keresztül online módon is eljuttathatja a biztosító részére.

A SIGNAL Biztosító Zrt. mindenkor aktuális elérhetőségei, a nyitvatartási idő megtekinthető a www.signal.hu/panaszbejelentés menüpont alatt.

20.2. A biztosító

- a) a szóbeli panaszt valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben, annak nyitvatartási idejében, ennek hiányában a székhelyén minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább a hét egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
- b) a telefonon közölt szóbeli panaszt minden munkanapon 8 órától 16 óráig, de legalább egy munkanapján 7 és 21 óra között legalább tizenkét órán keresztül folyamatosan,
- c) az írásbeli panaszt elektronikus eléréssel – üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan fogadja.

20.3. A biztosító a szóbeli panasz ügyfelek részére nyitva álló helyiségben vagy annak hiányában székhelyén történő kezelése esetén köteles biztosítani, hogy az ügyfeleknek lehetőségük legyen elektronikusan és telefonon keresztül is a személyes ügyintézés időpontjának előzetes lefoglalására. A személyes ügyintézés időpontja igénylésének napjától számított öt munkanapon belül a biztosító köteles személyes ügyfélfogadási időpontot biztosítani az ügyfél számára.

20.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézését. A biztosító az ügyintézőjének – a biztosító felé indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított – öt percen belüli előhangos bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

20.5. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi. Erről az ügyfelet a telefonos

ügyintézés kezdetekor tájékoztatni kell. Az ügyfél kérésére biztosítani kell a hangfelvétel visszahallgatását, továbbá térítésmentesen tizenöt napon belül rendelkezésre kell bocsátani a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet.

20.6. A biztosító a szóbeli panaszt – a 20.7 pontban meghatározott eltéréssel – azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek – a 20.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

20.7. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek – a 20.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

20.8. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. A biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

20.9. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy az a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (a továbbiakban: MNB tv.-ben) meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Felügyeletnél fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosítónak tájékoztatni kell a fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávetési nyilatkozatot, meg kell adnia a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét, valamint a levelezési címét, továbbá a fogyasztó külön kérésére meg kell küldenie a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.

Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezése esetén eljáró szerv:

Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Központi levélcím: H-1534 Budapest, Pf. 777.
Telefon: 06-40-203-776
E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
Internet: <http://www.mnbb.hu>

A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró szerv:
Pénzügyi Békéltető Testület
Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest, BKKP Pf.: 172.
E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

20.10. A biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a Felügyeletnek kérésére bemutatja.

20.11. A biztosító az ügyfelek panaszai hatékony, átlátható és gyors kezelésének eljárásáról, a panaszügyintézés módjáról, valamint a 20.12. pont szerinti nyilvántartás vezetésének szabályairól szabályzatot (a továbbiakban: panaszkezelési szabályzat) készít. A biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefaxszámáról.

20.12. A biztosító az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet.

20.13. A 20.12. pont szerinti nyilvántartásnak tartalmaznia kell

- a) a panasz leírását, a panasz tárgyát képező esemény vagy tény megjelölését,
- b) a panasz benyújtásának időpontját,
- c) a panasz rendezésére vagy megoldására szolgáló intézkedés leírását, elutasítás esetén annak indokát,
- d) a c) pont szerinti intézkedés teljesítésének határidejét és a végrehajtásért felelős személy megnevezését, továbbá
- e) a panasz megválaszolásának időpontját.

20.14. A biztosító a panaszkezelési szabályzatot az ügyfelek számára nyitva álló helyiségében, ennek hiányában a székhelyén kifüggeszti és a honlapján közzéteszi. A biztosító panaszkezelési szabályzata a www.signal.hu oldalon elérhető.

20.15. A biztosító a panasz kivizsgálásáért a fogyasztóval szemben külön díjat nem számíthat fel. A telefonon történő panaszkezelés emelt díjas szolgáltatással nem működtethető.

20.16. A biztosító köteles fogyasztóvédelmi ügyekben fogyasztóvédelmi ügyekért felelős kapcsolattartót kijelölni, és a Felügyeletnek tizenöt napon belül a felelős személyét, illetve annak változását írásban bejelenteni.

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

21. Elévülés

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

22. Egyéb rendelkezések

22.1. 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.

22.2. A SIGNAL Biztosító Zrt. biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmi adó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után, az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.

22.3. Jelen szerződés alapján járadék fizetésére nincs lehetőség.

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

22.5. Írásban tett nyilatkozatnak nem minősül jelen feltételek alapján az elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalt aláírásával ellátott nyilatkozat szkennelt PDF. formátumú másolatát tartalmazó melléklete, vagy fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalt és az SMS.

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

22.7. 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. Mi-

vel az adójogszabályok a szerződés tartama alatt változhatnak, indokolt a biztosított és a szerződő részéről a szerződés tartama alatt a törvényi változások figyelemmel kísérése. A Biztosító az aktuális adózásra vonatkozó információkat a honlapján (www.signal.hu) bocsátja ügyfelei rendelkezésére. Az adójogszabályok változásáról a biztosító nem küld értesítést, a jogszabályi változásokat a szerződő és a biztosított kíséri figyelemmel.

22.8. A biztosítási szerződés közvetítője lehet független vagy függő biztosításközvetítő.

22.8.1. Függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszony alapján

- a) egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti;
- b) a biztosításközvetítői tevékenységet – akár több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit – a főtevékenységéhez kapcsolódó termékre vagy szolgáltatásra vonatkozóan, azt kiegészítő tevékenységként végzi, ha a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vesz át (az a)-b) pont a továbbiakban együtt: ügynök),
- c) egyidejűleg több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: többes ügynök).

22.8.2. Független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (alkusz).

22.8.3. Az ügynök – és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy – közvetítői tevékenysége során okozott kárért a biztosító felelős, és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni. Ha az ügynök több biztosító megbízása alapján végzi közvetítői tevékenységét, a közvetítői tevékenységével okozott kárért az a biztosító felelős és az a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során az ügynök a kárt okozta.

A többes ügynök – és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy – közvetítői tevékenysége során okozott kárért a biztosító felelős, és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni. A közvetítői tevékenységével okozott kárért az a biztosító felelős és az a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során a többes ügynök a tevékenységével vagy mulasztásával a kárt okozta. Ha vitás, vagy nem állapítható meg, hogy mely biztosító termékének a közvetítése során okozta a többes ügynök a kárt vagy a sérelemdíj iránti igényt, a többes ügynök köteles a kárt megtéríteni, illetve a felmerült sérelemdíjat megfizetni.

Az alkusz a tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályokat mindenkor megtartva köteles eljárni, az e kötelezettsége elmulasztásáért, így különösen a téves tanácsadásért, téves tájékoztatásért, a szabálytalan díjkezelésért, a nyilatkozatok hibás vagy késedelmes továbbításáért felelős.

22.9. A biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről, amely a www.signal.hu oldalon érhető el a közzétételt követően.

22.10. A jelen Általános Szerződési Feltételek a szerkesztésének lezárásakor hatályos Bit. szövegének megfelelően készült (különös tekintettel a Titoktartási kötelezettség, Titokvédelemmel kapcsolatos előírásokra, valamint a Panaszkezelésre vonatkozó pontokra).

Az Általános Szerződési Feltételek szerkesztésének lezárási dátuma: 2016.04.22.

Tekintettel arra, hogy a Bit. módosítására a biztosítási szerződés létrejöttéig is sor kerülhet, ezért a www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor hatályos Bit. szövege.

KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELTÉTELEK

BALESETI HALÁL

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül elhalálozik.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. *A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.***

2.2. *Amennyiben a biztosító a halál alapjául szolgáló balesettel összefüggésben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra már szolgáltatást nyújtott, úgy a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra kifizetett összeget a baleseti haláleseti szolgáltatás összegéből levonja és csak a különbözetet fizeti ki.*

3. Baleset fogalma

Jelen biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik.

4. A biztosító teljesítése

4.1. *A közlekedési baleseti halálra vonatkozó szolgáltatási igényt a halált követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak bejelenteni.*

4.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában megjelölt iratok benyújtását kéri.*

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

KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, a közlekedéssel okozati összefüggésben álló, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a közlekedési baleset megtörténtétől számított 1 éven belül elhalálozik.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

Közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
- jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, ütközésével, illetve megállásával összefüggésben következett be.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a közlekedési baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.**

2.2. Amennyiben a biztosító a halál alapjául szolgáló balesettel összefüggésben a közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra már szolgáltatást nyújtott, úgy a közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra kifizetett összeget a közlekedési baleseti haláleseti szolgáltatás összegéből levonja és csak a különbözetet fizeti ki.

3. Baleset fogalma

Jelen biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, közlekedési balesettel okozati összefüggésben álló, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik.

4. A biztosító teljesítése

4.1. A közlekedési baleseti halálra vonatkozó szolgáltatási igényt a halált követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak bejelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában megjelölt iratok benyújtását kéri.

4.3. A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.

KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított bármilyen okú elhalálása.

A biztosítási esemény időpontja a biztosított halálának napja.

2. A biztosító szolgáltatása

*A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott, a haláleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.***

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A halálesetre vonatkozó szolgáltatási igényt a halált követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak bejelenteni.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában megjelölt iratok benyújtását kéri.*
- 3.3. *A biztosító jogosult a halál körülményeinek vizsgálatára.*

BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítottnál a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű egészségkárosodást, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást állapítanak meg.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást, 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, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.**

2.2. Az egészségkárosodás fokát az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatásként szolgál):

Testrészek	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 ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

2.3. **Az előző pontból adódó egészségkárosodási fokok (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Csak a legalább 20%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás biztosítási esemény.**

Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha az egészségkárosodás foka a fenti tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

- 2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.
- 2.6. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, munkaképesség csökkenés vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.
- 2.7. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, 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 lehet egy újabb felülvizsgálatra felkérni. **A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő a biztosító által korábban megállapítottaknál magasabb százalékot állapított meg.**
- 2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, 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 20%-os mértékű károsodási fok szerint járó kifizetést.

2.9. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,
- a balesetet követő 1 éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított 1 év eltelte után következik be, olyan egészségkárosodási fok után teljesítendő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

3. Megszűnés

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A kiegészítő biztosítás díja adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottnál az 1. pontban leírtak szerinti maradandó egészségkárosodás alakul ki.

5. A biztosító teljesítése

- 5.1. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.
- 5.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. 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 összegszerűségének 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).
- 5.3. 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.

KÖZLEKEDÉSI BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, közlekedéssel okozati összefüggésben álló, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosítottnál a közlekedési baleset megtörténtétől számított 1 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű egészségkárosodást, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást állapítanak meg.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

Közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősül közlekedési balesetnek

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkezésében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
- jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, ütközésével, illetve megállásával összefüggésben következett be.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást, 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, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.**

2.2. Az egészségkárosodás fokát az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatóként szolgál):

Testrészek	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 ízlőképeség teljes elvesztése	5%

2.3. Az előző pontból adódó egészségkárosodási fokok (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Csak a legalább 20%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, 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 százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási

esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha az egészségkárosodás foka a fenti tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

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

2.7. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, 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 lehet egy újabb felülvizsgálatra felkérni. **A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő a biztosító által korábban megállapítottaknál magasabb százalékot állapított meg.**

2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, 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 20%-os mértékű károsodási fok szerint járó kifizetést.

2.9. **Ha a biztosított halála**

- **a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,**
- **a balesetet követő 1 éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított 1 év eltelte után következik be, olyan egészségkárosodási fok után teljesítendő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.**

3. Megszűnés

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A kiegészítő biztosítás díja adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottnál az 1. pontban leírtak szerinti maradandó egészségkárosodás alakul ki.

5. A biztosító teljesítése

5.1. A közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

5.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. 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 összegszerűségének 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).

5.3. 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.

BALESETI EREDETŰ PROGRESSZÍV SZOLGÁLTATÁSÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenved.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. a) Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os, de 50%-ot meg nem haladó mértékű maradandó egészségkárosodást, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás fok alapján megállapított százalékát, fizeti ki, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.**
- b) Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást, munkaképesség csökkenést vagy ennek megfelelő baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a maradandó egészségkárosodás fokának az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az ötszörösét veszi alapul, **azaz legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosát fizeti ki, amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.**

- 2.2. A maradandó egészségjárosodás fokát az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatásként szolgál):

Testrészek:	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 ízlőképesség teljes elvesztése	5%

- 2.3. Az előző pontból adódó egészségkárosodási fokok (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Csak a legalább 20%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, 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 százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási

esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott százalékok megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Ha az egészségkárosodás foka a fenti tábla alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

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

2.7. Ha a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, 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 lehet egy újabb felülvizsgálatra felkérni. **A független orvosszakértői felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő költségeket (utazás, honorárium) a biztosító csak abban az esetben viseli, ha az orvosszakértő a biztosító által korábban megállapítottaknál magasabb százalékot állapított meg.**

2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, 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 20%-os mértékű károsodási fok szerint járó kifizetést.

2.9. **Ha a biztosított halála**

- **a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,**
- **a balesetet követő 1 éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított 1 év eltelte után következik be, olyan egészségkárosodási fok után teljesítendő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.**

3. Megszűnés

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A kiegészítő biztosítás díja adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottnál az 1. pontban leírtak szerinti maradandó egészségkárosodás alakul ki.

5. A biztosító teljesítése

5.1. *A baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.*

5.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. 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 összegszerűségének 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).

5.3. *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.*

BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJ

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, legalább 5 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel okozati összefüggésben álló kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiállításának napjával végződik.*

1.2. *Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.*

1.2. Nem terjed ki a biztosítás:

- **geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúrás kezelésekre,**
 - **tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,**
 - **idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,**
 - **gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,**
 - **fürdő- és egyéb gyógyintézetek,**
 - **ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei**
- által nyújtott ellátásaira.**

1.3. **Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra és/vagy kezelésre.**

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. *A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a baleset napjától számított 1 éven belül, **de maximum 30 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy legalább 5 napig tartott a kórházi ellátás.***

2.2. *Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása 1 éven belül maximum 30 napra korlátozódik.*

2.3. *A kórházi napidíj mértéke a választott biztosítási összeg 100%-a, **amennyiben a biztosított a biztosítási esemény időpontjában nem haladja meg a 65 évet.***

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 18.2. 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. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban leírtak szerinti kórházi ápolásra szorul.

BÁRMELY OKÚ KÓRHÁZI NAPIDÍJ

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, ha a biztosított baleset vagy betegség miatt orvosiilag szükségesnek tartott, legalább 5 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.

1.2. Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

1.3. Nem terjed ki a biztosítás:

- **geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogyókúrás kezelésekre,**
 - **tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,**
 - **idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,**
 - **gyógyüdüllők és utógondozó szanatóriumok,**
 - **fürdő- és egyéb gyógyintézetek,**
 - **ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei**
- által nyújtott ellátásaira.

Nem terjed ki a biztosítási védelem továbbá, ha a kórházi ellátás oka

- **nem orvosi javaslatra történő terhesség-megszakítás,**
- **rendszeres kábítószer- vagy alkoholfogyasztás miatt bekövetkező kórházi ápolás,**
- **a mesterséges megtermékenyítéssel összefüggő fekvőbeteg-kezelés.**

1.4. **Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel, illetve a kockázatviselés kezdetét előtt már ismert és/vagy diagnosztizált betegséggel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra és/vagy kezelésre.**

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. *A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset vagy betegség) miatt orvosiilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, – baleset esetén a baleset napjától számított 1 éven belül –, **biztosítási évente maximum 30 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy legalább 5 napig tartott a kórházi ellátás.***

2.2. **Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása 1 éven belül maximum 30 napra korlátozódik.**

2.3. *A kórházi napidíj mértéke a választott biztosítási összeg 100% – **a amennyiben a biztosított a biztosítási esemény időpontjában nem haladja meg a 65 évet.***

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 18.2. 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. Baleset és betegség fogalma

4.1. *Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban leírtak szerinti kórházi ápolásra szorul.*

4.2. *Jelen biztosítás szempontjából betegség az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.*

BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra szorul, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretén belül végeznek.*
- 1.2. *A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.*
- 1.3. *Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.*
- 1.4. **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,*
 - *patológiás 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 5.*

pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200%-a kerül kifizetésre, amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésekor időpontjában nem haladja meg a 65 évet.

- 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.***
 - 2.4. ***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.***
 - 2.5. *A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 5. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán 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 1 biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 2 alkalommal teljesít kifizetést, és összességében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.***
 - 3.3. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - *kórházi zárójelentés eredeti példánya,*
 - *műtéti leírás eredeti példánya, mely a beavatkozás kódját (WHO és/vagy OENO kódot) is tartalmazza,*
 - *a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák.*
 - 3.4. *A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban leírtak szerinti műtéti beavatkozásra szorul.

5. Műtétek besorolása

(Példák)

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

5.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások
(0%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
57882	Belső fémrögzítés eltávolítása
51100	Idegentest eltávolítása kötőhártyáról bemetszéssel
58900	Bőrvarrat
58900	Orrcsonttörés fedett helyretétele

5.2. 2. csoport: egyszerű beavatkozások
(25%-os térítés)

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

5.3. 3. csoport: középnagy műtétek
(50%-os térítés)

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

5.4. 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

5.5. 5. csoport: különleges műtétek
(200%-os térítés)

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

BÁRMELY OKÚ MŰTÉTI TÉRÍTÉS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított betegsége vagy a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra szorul, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretén belül végeznek.*

1.2. *Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.*

1.3. Nem minősül biztosítási eseménynek:

- **kozmetikai és plasztikai kezelésekkel összefüggő műtétek,**
- **előzőleg ismert betegségek, 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,**
- **patológiás törés miatti műtét,**
- **artroszkópia és artroszkópos izületi és szalagműtét.**
- **terhesség alatti, a terhességgel vagy terhesség megszakítással összefüggő műtét,**
- **a méhen kívüli terhesség miatti műtét,**
- **mesterséges megtermékenyítés és az azzal összefüggő műtét,**
- **fogamzásgátlás és az azzal összefüggő műtét,**
- **szülés, szüléssel összefüggésben álló műtét,**

- **természetgyógyászati gyógyellátások, illetve az azok következménye miatt szükségessé vált műtét,**
- **fogászati, szájsebészeti műtét,**
- **felszínes bőrelváltozások kimetszése, mint például: zsírcsomó-, anyajegy-, szemölcs-, jégárpa eltávolítása**

1.4. *A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.*

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. *A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére műtéti térítést fizet.*

2.2. *A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műtéti térítésenként – jelen feltételek 5. pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200% -a kerül kifizetésre, amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezéskor időpontjában nem haladja meg a 65 évet.*

2.3. *Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti vagy betegségi következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg.*

2.4. *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.*

2.5. *A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 5. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán 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 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 2 alkalommal teljesít kifizetést, és összességé-*

ben maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.

- 3.3. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
- kórházi zárójelentés eredeti példánya,
 - műtéti leírás eredeti példánya, mely a beavatkozás kódját (WHO és/vagy OENO kódot) is tartalmazza,
 - a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák.

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

4. Baleset és betegség fogalma

- 4.1. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban leírtak szerinti műtéti beavatkozásra szorul.

- 4.2. Jelen biztosítás szempontjából betegség az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

5. Műtétek besorolása

(Példák)

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

- 5.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások (0%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
57882	Belső fémrögzítés eltávolítása
51100	Idegentest eltávolítása kötőhártyáról bemetszéssel
58900	Bőrvarrat
58900	Orrcsonttörés fedett helyretétele

- 5.2. 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

- 5.3. 3. csoport: középnagy műtétek (50%-os térítés)

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

- 5.4. 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

- 5.5. 5. csoport: különleges műtétek (200%-os térítés)

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

BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, 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.*
- 1.2. *Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.*
- 1.3. **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.**
- 1.4. *A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.*

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 orvosilag igazolt költségeket (pl. orvosi honorárium, gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségei).*
- 2.2. **A plasztikai műtétnak és az ezzel kapcsolatos kórházi tartózkodásnak a balesetet követően 1 éven belül kell történnie.**
- 2.3. **A biztosító a plasztikai műtéttel kapcsolatos költségeket csak a műtétet végző (OEP általi működési engedéllyel rendelkező) egészségügyi intézmény által a biztosított nevére kiállított számla ellenében téríti meg.**

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. *A szolgáltatás iránti igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.*
- 3.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
 - *műtéti költségek miatti számlák eredeti példányát.*
- 3.3. *A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott plasztikai műtéti beavatkozásra szorul.

CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

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

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

1.3. *A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.*

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. *A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén – balesetenként a törések vagy repedések számától függetlenül – egyszeri kifizetesként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.***

2.2. ***Biztosítási évente biztosítottanként, maximum 2 biztosítási eseményre történhet szolgáltatás.***

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 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*

- *a képpalkotó eljárások eredeti példányát*

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott csonttörést, csontrepedést szenved el.

ÉGÉSI SÉRÜLÉSI TÉRÍTÉS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

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

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A biztosító szolgáltatása

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 százalékat fizeti ki, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.** 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.

2.1. 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.**

2.2. A biztosító szolgáltatása 1 biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.

3. A biztosító teljesítése

- 3.1. A szolgáltatás iránti igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelteni kell a biztosítónak.
- 3.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:
 - testfelületet 20%- felett ért és legalább II.fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció másolatát eredeti példányát.
- 3.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott égési sérülést szenved el.

BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, 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.**

1.6. *A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.*

1.7. *Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.*

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 maximum a biztosítási összeg 100%-a, függetlenül a biztosítási események számától.**

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 igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*

- *balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított nevére szóló, gyógyulásával kapcsolatos számlák eredetei példányát.*

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

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottnak az 1. pontban meghatározott baleseti költségei merülnek fel.

BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁS

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a baleset napjától számított 1 éven belül orvosilag szükségesnek tartott:

- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt nem kerül sor műtéti beavatkozásra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt csak egy napon kerül sor műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt több napon is kerül sor műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban nem részesül, de műtetre vagy egy napon belül több műtetre 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 feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

1.4. Nem terjed ki a biztosítás:

- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
- gyógyüdüllők és utógondozó szanatóriu-

mok,

- idősök szociális otthonai és azok betegosztályai,
- fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.

1.5. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

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:

Műtéti csoportok					
Kórházi ápolási napok száma	Nem történt beavatkozás vagy 0%-os térítésű a műtét	Egyszerű beavatkozás (25%-os térítés)	Közép-nagy 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 szorzót.

- 2.4. *A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a Baleseti műtéti térítésre vonatkozó feltétel 5. 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 1 biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezte esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg tizenötszörösét.**
- 2.8. *A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

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 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:*
- *kórházi zárójelentés,*
 - *műtéti leírás (amennyiben történt ilyen) eredeti példányát.*
- 3.3. *A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.*

4. Baleset fogalma

Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított jogosulttá válik az 1. pontban meghatározottak miatti gyógyulási támogatásra.

BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

- 1.1. *Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért, a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás (baleset), amelynek következtében a biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.*
- 1.2. *A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.*

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. *A biztosító a baleset napjától számított 1 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 vagy 14 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 kéreseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított 1 éven belül legfeljebb 90 napra teljesít szolgáltatást.*
- 2.5. *A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is legfeljebb 90 napra teljesít szolgáltatást.*

4. A biztosított személye

- 4.1. *Nem köthető meg baleseti keresőképtelenségi kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult a társadalombiztosítás rendszerében finanszírozott keresőképtelen-*

segi ellátásra – táppénzre, baleseti táppénzre, pl. munkanélküli, nyugdíjas, nappali tagozatos hallgató.

- 4.2. *A kiegészítő biztosítás a biztosított személy öregségi nyugdíjra jogosultságának megszerzéséig 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. A biztosítási díj ezen napig illeti meg a biztosítót.*

5. A biztosításra vonatkozó egyéb rendelkezések

- 5.1. *A biztosító és a szerződő 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.*

6. Megszűnés

A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás az ÁSZF-ben leírtakon kívül, adott biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, a következő 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 és szerződő köteles azt a bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

7. A biztosító teljesítése

- 7.1. *A szolgáltatás iránti igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.*
- 7.2. *A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybeviteléhez a biztosító az ÁSZF 18.2.*

pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok eredeti vagy másolati példányát,
- szükség esetén OEP/MEP igazolást eredeti példányt.

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

8. Baleset és kórház fogalma

8.1. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset, a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott módon keresőképtelenné válik.

8.2. Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

BÁRMELY OKÚ KERESŐKÉPTELENSÉG (15 NAPOS) EGYSZERI TÉRÍTÉSSEL

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben *ügyféltájékoztatóul* is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, balesetből vagy betegségből eredően, 15 napot meghaladóan keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

2. A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a betegségi vagy baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást.

2.2. A folyamatos keresőképtelenség első 15 napjára, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

2.3. A szolgáltatás mértéke:
Folyamatos keresőképtelenség esetén, a biztosító a keresőképtelenség első napján hatályos biztosítási összege fizeti ki, egyszeri térítésként; **feltéve, hogy a keresőképtelen napok száma meghaladja a 15 napot.**

2.4. A biztosító egy káreseménnyel összefüggésben, illetve 1 biztosítási éven belül csak egyszer nyújt szolgáltatást.

2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb egyszer nyújt szolgáltatást.

4. A biztosított személye

4.1. 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.

4.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy öregségi nyugdíjra jogosultságának megszerzéséig 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.

6. Megszűnés

A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás az ÁSZF-ben leírtakon kívül, adott biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, a következő biztosítási évfordulón:

- ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot,
- ha a biztosított rokkantsági nyugdíjra szerez jogosultságot,
- 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 és szerződő köteles azt a bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

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

A biztosító kockázatviselése az ÁSZF-ben meghatározottakon kívül nem terjed ki:

- *a nem saját jogú keresőképtelenségre (pl. szülőnek a gyermeke miatti keresőképtelensége, szülő ápolása miatti keresőképtelenség),*
- *az olyan keresőképtelenségre, amely nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt következett be,*
- *az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat.*

8. Baleset, betegség és kórház fogalma

- 8.1. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosított az 1. pontban meghatározott módon keresőképtelenné válik.
- 8.2. Jelen biztosítás szempontjából betegség az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
- 8.3. Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

D-E ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, az arra jogosult állami szerv – NRSZH vagy jogutódja/jogutódjai – a biztosítottat D-E vagy annak megfelelő rokkantsági csoportba sorolja és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz.

A biztosítási esemény időpontja az NRSZH (vagy jogutódja/jogutódjainak) orvosi határozatában a baleseti rokkantsági nyugdíj jogosultság, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosultság kezdeteként megjelölt nap.

2. Nem biztosítható személyek

2.1. Jelen feltételek szerint nem köthető D-E rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki az arra jogosult nyugdíj-biztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be valaha 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 ellátásban részesül.

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

3. A biztosító szolgáltatása

3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget téríti meg.

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 jelteni.

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 határozatot és orvosi határozatot,
- a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.) másolatát.

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.

5. Baleset és betegség fogalma

5.1. Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottat az 1. pontban meghatározott módon az illetékes hatóság D vagy E rokkantsági csoportba sorolja.

5.2. Jelen biztosítás szempontjából betegség az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

C2 ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Baleset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben ügyféltájékoztatóul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadóak.

1. Biztosítási esemény, biztosítási esemény időpontja

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, az arra jogosult állami szerv – NRSZH vagy jogutódja/jogutódjai – a biztosítottat C2 vagy annak megfelelő rokkantsági csoportba sorolja és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz.

A biztosítási esemény időpontja az NRSZH (vagy jogutódja/jogutódjainak) orvosi határozatában a baleseti rokkantsági nyugdíj jogosultság, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosultság kezdeteként megjelölt nap.

2. Nem biztosítható személyek

2.1. *Jelen feltételek szerint nem köthető C2 rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki az arra jogosult nyugdíj-biztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be valaha 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 ellátásban részesül.*

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

3. A biztosító szolgáltatása

3.1. *A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget téríti meg.*

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 jelteni.*

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 határozatot és orvosi határozatot,*
- *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.*

5. Baleset és betegség fogalma

5.1. *Jelen kiegészítő biztosítás szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül fellépő olyan, egyszeri, hirtelen külső behatás, amelynek következtében a biztosítottat az 1. pontban meghatározott módon az illetékes hatóság C rokkantsági csoportba sorolja.*

5.2. *Jelen biztosítás szempontjából betegség az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.*

KIEMELT KOCKÁZATÚ (KRITIKUS) BETEGSÉGEKRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ

Jelen kiegészítő feltételek (továbbiakban: feltételek) a SIGNAL Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Csoportos Bal eset, Élet- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel (továbbiakban: ÁSZF) együtt érvényesek, és egyben *ügyfél-tájékoztató*ul is szolgálnak. Jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben az ÁSZF rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül az 1.2 pontban meghatározott, a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül, váratlanul bekövetkezett betegség.

1.2. Betegségek meghatározása

1.2.1. A *szívizomelhalás*(szívinraktus) a szívizomzat bizonyos részeinek elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának 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.

1.2.2. *Rosszindulatú daganatos betegség* esetén a szövettani atípiát jelező 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/áttét).

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.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- **rákelőző (precarcinoma) állapotok,**
- **a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,**
- **a bőrrák, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),**
- **a HIV pozitív diagnózis mellett fellepő bármely daganat,**
- **chronikus lymphoid leukaemia.**

1.2.3. *Krónikus veseelégtelenség* áll fenn, ha a vesék működései visszafordíthatatlanul csökkentek és

ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az étellel nem összeegyeztethető és a beteg a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres, tartós dialíziskezelés megkezdésének időpontja, amennyiben a kezelés még legalább 60 napig tart, vagy ezen időszak alatt veseátültetésre kerül sor.

1.2.4. *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.**

1.2.5. Jelen feltételek szempontjából *szervátültetésnek* minősül az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezeteiből (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.**

1.2.6. 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.

1.3. *A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja*

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egyes betegségek esetén a következő:

1.3.1. *A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja szívinfarktus esetén a szívinfarktus-diagnózis felállításának napja.*

1.3.2. *A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rosszindulatú daganatok esetén a diagnózis felállításának a napja.*

1.3.3. *A biztosítási esemény időpontja veseelégtelenség fellépésekor a rendszeres, tartós dialízis kezelés megkezdését követő 60 nap.*

- 1.3.4. A biztosítási esemény időpontja agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellepését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók.
- 1.3.5. A biztosítási esemény időpontja a szervátültetés esetén a műtét időpontja.
- 1.3.6. A biztosítási esemény időpontja a szívkoszorúér műtét esetén a műtét időpontja.

2. A biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes összeget téríti meg, **amennyiben a biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.**
- 2.2. **A biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifizetésre, akkor is, ha több betegség együttesen lép fel, illetve a kárkifizetést követően újabb betegség vagy abból eredő halál következik be.**

3. Megszűnés

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A kiegészítő biztosítás díja adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A biztosító teljesítése

- 4.1. A szolgáltatás iránti igényt legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő 60 napon belül írásban kell a biztosítónak jelteni.
- 4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő speciális iratok, illetve dokumentumok bemutatását is kérheti:
- 4.2.1. Szívizomelhalás bizonyításához az alábbi körülmények hiteles egészségügyi dokumentummal igazolható jelenléte szükséges:
- a kórtörténetben típusos mellkasi fájdalom és
 - friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás és
 - szívizom-specifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedése (a két utóbbi körülmény megvalósulása önmagában is bizonyító értékű) és/vagy
 - egyértelmű kórbonctani információ, mely bizonyítja a friss és a halállal közvetlen oki összefüggésben lévő szívizomelhalás tényét. Friss

szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás (jelen különös feltételek szempontjából csak azok a szívizomelhalások tekinthetők a kockázatviselési körbe tartozónak, melyeknél a koszorúér-elzáródással okozati összefüggésben a hagyományos– 12 elvezetéses – EKG felvétel bármelyik elvezetésében kóros, korábban nem észlelt Q hullám – szélessége meghaladja a 40 ms-ot, amplitudoja az R hullám amplitudojának 25%-at) és az úgynevezett szívizomspecifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedése – bármelyik intracelluláris enzim (CPK,CKMB, SGOT, LDH, alfa-HBDH) szintjének szignifikans, jól dokumentált emelkedése ezen feltétel megvalósulásaként értékelendő.

4.2.2. Rosszindulatú daganatra vonatkozó kárigény esetén a jogosult pozitív (a sejtek rosszindulatú elváltozására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati lelettel igazolhatja kárigénye jogosságát.

4.2.3. A veseelégtelenség biztosítási eseményként történő elfogadásának feltétele a legalább 60 napja tartó rendszeres művesekezelés, amelyet a dialízist végző egészségügyi intézmény dokumentál.

4.2.4. Az agyi érkatasztrófa diagnózis elfogadásához 60 nappal a hiteles dokumentummal igazolható érkatasztrófa után is fennálló, az érkatasztrófával oki összefüggésben álló szervi, központi idegrendszeri károsodást jelző tünetek kimutathatósága 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 műteti beavatkozás egészségügyi 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. Fogalmak

- 5.1. Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 5.2. Jelen biztosítás szempontjából betegség az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK ÉS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK TÁBLÁZAT

Fedezet megnevezése	Minimum BŐ	Maximum BŐ
Baleseti halál*	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20% tól)**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodás **	100 000 Ft	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halál**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20% tól)**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti kórházi napidíj	1 000 Ft	15 000 Ft
Baleseti műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti plasztikai műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Csonttörés	5 000 Ft	50 000 Ft
Égési sérülés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti költségtérítés**	25 000 Ft	250 000 Ft
Baleseti gyógyulási támogatás**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti keresőképtelenség (7 napos önrész)**	1 000 Ft	10 000 Ft
Baleseti keresőképtelenség (14 napos önrész)**	1 000 Ft	10 000 Ft
Kockázati élet **	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Bármely okú kórházi napidíj	1 000 Ft	15 000 Ft
Bármely okú műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Bármely okú táppénz (15 napos) egyszeri térítés	10 000 Ft	100 000 Ft
Kritikus betegségek**	100 000 Ft	1 000 000 Ft
D-E rokkantság**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
C2 rokkantság**	100 000 Ft	0 Ft

*Baleseti halál fedezet kötelezően választandó.

**Ezen fedezetek esetén a maximális biztosítási összeg nem haladhatja a baleseti halál biztosítási összegét.



SIGNAL Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Elérhetőségeink:

Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.

Contact Center: 06 1 458 4200

info@signal.hu • www.signal.hu

www.signal.hu