

Gépjárművezetők és hivatalos kiküldetést teljesítő személyek külföldi baleset- és betegségbiztosításának feltételei

A jelen szerződési feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában érvényesek a TIR Biztosító Egyesület Gépjárművezetők és hivatalos kiküldetést teljesítő személyek külföldi baleset és betegségbiztosítási szerződéseire.

A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1.§ A biztosító szolgáltatása

A TIR Biztosító Egyesület (a továbbiakban: Biztosító) a jelen feltételekben foglaltak szerint megtéríti a Kedvezményezett részére a Biztosított külföldi tartózkodásának, illetőleg hivatalos kiküldetésének ideje alatt a Biztosított részére szükségessé vált sürgősségi orvosi ellátás, valamint kórházi ápolás közvetlen költségeit.

A Biztosító a jelen feltételek szerint kifizeti továbbá a Kedvezményezett részére a Biztosított baleseti halála vagy baleseti sérülésből eredő rokkantsága esetére meghatározott biztosítási összeget.

2.§ Általános rendelkezések

1. Jelen feltételek alapján balesetnek minősül, amennyiben a Biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás következtében, a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül meghal, maradandó egészségkárosodást (állandó rokkantság) szenved.

A jelen feltételek szempontjából nem minősül balesetnek a foglalkozási ártalom, valamint az öngyilkosság vagy annak kísérlete, továbbá a megemelést, rándulást, fagyást, napszúrás és hőségut.

2. A rokkantság a mozgáskészség és/vagy a szellemi működőképesség tartós (maradandó) csökkenése, a szervezet mindennapos működőképességének jelentős korlátozottsága, amely nem feltétlenül azonos a munkaképesség csökkenésével. Esztétikai károk nem tartoznak a rokkantság fogalmába.

3. A Biztosító kizárólag a sürgős szükség esetén felmerült orvosi ellátás, illetve kórházi ápolás költségeire nyújt fedezetet, a szerződésben meghatározott biztosítási összeg erejéig.

Sürgős szükség esete áll fenn, ha az azonnali orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan a Biztosított életét, illetve testi épségét kockáztatja, vagy a Biztosított egészségében, illetve testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozhat, úgyszintén a Biztosított betegségének tünetei (pl. eszméletvesztés) alapján, illetve baleset folytán vagy hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodás miatt azonnali orvosi ellátásra szorul. A biztosítás kiterjed a sürgős szükségből felmerült:

- orvosi vizsgálat;
- orvosi gyógykezelés (kórházi gyógykezelés, műtét);
- orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer;
- fájdalomcsökkentő fogászati kezelés;
- indokolt hazaszállításának szükséges költségeire, a mindenkor érvényes helyi egészségügyi díjszabások figyelembevételével.

4. Jelen feltételek szempontjából külföldi tartózkodás alatt azt kell érteni, amikor a Biztosított a Szerződő érdekében kifejtett fuvarozási tevékenysége ellátása során átmeneti jelleggel külföldön tartózkodik.

Hivatalos kiküldetés az az időtartam és tevékenység, amikor a Biztosított a Szerződő üzleti tevékenységével kapcsolatban jár el.

3.§ Szerződő

A jelen Szabályzat feltételei szerint Szerződőnek minősül az a jogi vagy természetes személy, aki a Biztosító tagja és aki a biztosítási szerződés tekintetében a Biztosítóval jogviszonyban áll, valamint a szerződés keretében a díjfizetési kötelezettséget vállalja és teljesíti.

4.§ Biztosított

A jelen Szabályzat tekintetében Biztosítottnak minősítendő azon, a Szerződő nyilatkozata alapján a biztosítási szerződésben vagy annak mellékletében feltüntetett személy, aki a Biztosító tagja és aki a fuvarozási tevékenysége ellátása során átmeneti jelleggel külföldön tartózkodik, illetőleg hivatalos kiküldetését a Szerződő üzleti tevékenységével kapcsolatosan teljesíti, feltéve, hogy a szerződés megkötéséhez hozzájárult, valamint ha a Szerződő a Biztosított személyének a biztosítási szerződésben vagy annak mellékletében történő rögzítését a Biztosító felé kezdeményezte és a biztosítási díjat valamennyi Biztosított vonatkozásában a díjfizetés esedékességekor a Biztosító részére megfizette.

5.§ Kedvezményezett, a szolgáltatás jogosultja

A jelen Szabályzatban foglaltak szerint - a Biztosító jelen Szabályzat 1.§-ban meghatározott szolgáltatásainak igénybevételére jogosult - Kedvezményezettnek tekintendő a Biztosított hozzájáruló nyilatkozata értelmében

- a Biztosított elhalálása esetén a Biztosított örököse:
- a Biztosított részére szükségessé vált sürgősségi orvosi ellátás, valamint kórházi ápolás esetén a Szerződő, amennyiben ezeket a költségeket a Szerződő állja. Ellenkező esetben a Biztosított tekintendő kedvezményezettnek.

A Biztosított megrokkánása esetén a Biztosított a szolgáltatás jogosultja.

6.§ A biztosítási esemény

A jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottat a biztosítás tartamán belül külföldi tartózkodása, vagy hivatalos kiküldetésének ideje alatt ért baleset, vagy betegségéből illetve balesetből eredő sürgősségi orvosi ellátás vagy kórházi ápolás.

7.§ A Biztosító kockázatviselésének kezdete

A Biztosító kockázatviselése a biztosítás díjának megfizetését követő nap 0 órakor kezdődik, feltéve, ha a biztosítási szerződés létrejött.

8.§ A biztosítás tartama

A biztosítás tartama a Biztosító kockázatviselésének kezdetétől számított 1 (egy) év.

A biztosítási szerződés tartama, annak lejártakor a biztosítási díj Szerződő által történő ismételt megfizetése esetén további 1 (egy) évvel meghosszabbodik, amennyiben ahhoz a Biztosító hozzájárul.

A meghosszabbítások száma tekintetében korlátozás nem áll fenn.

9.§ Biztosítási összeg

Jelen feltételek szempontjából a Biztosító a biztosítási eseményekre vonatkozóan az alábbi biztosítási összeget fizeti.

A Biztosított balesetével vagy hirtelen fellépő betegségével kapcsolatosan szükségessé váló orvosi kezelés, illetőleg kórházi ápolás esetén, az ápolás vagy kezelés költségeinek megtérítése az ellátást végző egészségügyi intézmény részéről kiállított, a Szerződő által kiegyenlített számla ellenében, a Magyar Nemzeti Bank, a számla kiállításának napján érvényes deviza-középfolyamának megfelelően utólag forintban történik, maximális összege:

600.000 Ft

A Biztosított balesetből eredő maradandó egészségkárosodása esetén, a rokkantságra előirányzott összegből a tartós egészségkárosodás fokának megfelelő összeget fizeti a Biztosító.

A tartós rokkantságra előirányzott maximális összeg:

600.000 Ft

A Biztosított baleseti halála esetén a maximális összeg:

500.000 Ft

A Biztosító biztosítási eseményenkénti szolgáltatásának felső határa összesen maximum 1.000.000 Ft, azaz Egymillió forint lehet.

10.§ Biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítésének határideje

A Szerződő és a Biztosított köteles a biztosítási eseményt, annak bekövetkeztétől számított 8 (nyolc) napon belül a Biztosító részére bejelenteni.

A bejelentési kötelezettség késedelmes teljesítése miatt a biztosítási esemény elbírálása szempontjából lényeges körülmények kideríthetatlenné válása esetén a Biztosító a szolgáltatás összegének kifizetésére nem kötelezett.

A biztosítási esemény elbírálásához szükséges iratok;

- a szolgáltatási igény iránti bejelentés;
- az elszenvedett sérülésnek, a kezelést végző egészségügyi intézmény által hitelesített orvosi dokumentációja;
- az esetleges hazaszállítás költségét igazoló számla;
- a fellépett betegség diagnosztizálását igazoló leletek, orvosi vélemények és a kórházi zárójelentés;
- hatósági eljárás esetén a határozat;
- sürgősségi orvosi ellátás vagy kórházi ápolás költségeit tartalmazó részletes számla;
- a maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi iratok;
- elhalálozás esetén a halotti anyakönyvi kivonat vagy konzuli igazolás;
- a jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatékátadó végzés;
- a Kedvezményezett személyét igazoló okirat.

A Biztosított kötelezettsége, hogy az őt kezelő orvosokat, egészségügyi intézményeket felmentse az orvosi titoktartási kötelezettség alól a releváns tények vonatkozásában.

A Biztosító a rokkantságra előírányzott szolgáltatás összegének kifizetését az orvosilag egyértelműen tisztázott károsodások esetén az utolsó szükséges irat beérkezését követően 15 (tizenöt) napon belül, a nem egyértelmű károsodásokra vonatkozó szolgáltatásokat (az objektív elbírállhatóság érdekében) a következmények tisztázását követően, a baleset után legkésőbb 2 (kettő) éven belül, de semmiképpen nem egy (1) éven belül - kizárólag forintban - teljesíti.

A Biztosító a biztosítási összeg kifizetését egyéb esetekben - kizárólag forintban - a szükséges utolsó irat beérkezésétől számított 15 (tizenöt) napon belül teljesíti.

11.§ A biztosítás területi hatálya

A biztosítás területi hatálya - Magyarország területét kivéve - Európa teljes területére kiterjed.

A biztosítási területi hatályának kiterjesztése kizárólag a Szerződő előzetes bejelentési kérelmének a Biztosító részéről, a területi hatály kiterjesztésére vonatkozó kérelem elfogadását tartalmazó nyilatkozat kiadását, a pótdíj megfizetését és a vonatkozó kiegészítő záradék hatálybalépését követően történhet meg.

12.§ Maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítása

Ha a Baleset következményeképpen a Biztosított tartósan rokkant marad, a Biztosító a biztosítási szerződésben a rokkantságra előírányzott összegből a Biztosított foglalkozására tekintet nélkül a tartós egészségkárosodás fokának megfelelő összeget fizeti ki.

A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) az alábbiak szerint kell megállapítani.

Az egészségkárosodás megnevezése	A kártérítés mértéke
1. mindkét szem látóképességének elvesztése vagy működésképtelensége	100 %
2. mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése vagy működésképtelensége	100 %
3. egyik felső végtag és egyik alsó végtag együttes elvesztése vagy működésképtelensége	100 %
4. mindkét comb elvesztése vagy működésképtelensége	100 %
5. mindkét lábszár elvesztése vagy működésképtelensége	90 %
6. egyik comb elvesztése vagy működésképtelensége	80 %
7. egyik felkar elvesztése vagy működésképtelensége	80 %

8. egyik lábszár elvesztése vagy működésképtelensége	70 %
9. egyik alkar elvesztése vagy működésképtelensége	70 %
10. beszélnőképesség teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70 %
11. mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70 %
12. egyik kéz csukló alatti elvesztése vagy működésképtelensége	65 %
13. egyik láb boka alatti teljes elvesztése vagy működésképtelensége	40 %
14. egyik szem látóképességének teljes elvesztése vagy működésképtelensége	35 %
15. egyik fül hallóképességének teljes elvesztése vagy működésképtelensége	25 %

Amennyiben a fenti táblázat alapján nem lehet megállapítani az egészségkárosodás mértékét, akkor a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent, azaz nem a munkaképesség-csökkenésének mértéke a mérvado, a Biztosítót az Országos Orvos-szakértői Intézet rokkantsági táblázata nem köti.

A maradandó egészségkárosodás (rokkantság) mértékét a fenti rokkantsági táblázat figyelembevételével a Biztosító orvosa állapítja meg.

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

A különböző százalékok összegzésre kerülnek, azonban az egy balesetből eredő állandó egészségkárosodás esetén teljesített összes kifizetés az állandó teljes rokkantság esetére megállapított biztosítási összeget nem haladhatja meg.

Amennyiben a Biztosított balesetből eredő egészségkárosodása előreláthatóan visszamarad, de annak mértéke 6 (hat) hónap elteltével nem állapítható meg, a Biztosító orvosának vagy a Biztosító részéről kijelölt orvos-szakértői bizottságnak véleménye alapján a Biztosító előleget folyósíthat. Az előleg összegét a maradandó egészségkárosodás végleges megállapítása után kifizetendő biztosítási összegből a Biztosító levonja. Az előleg összege nem lehet magasabb, mint a Biztosított egészségi állapota alapján várható legkisebb fokú rokkantságnak megfelelő összeg.

Ha a Biztosított a balesettől számított egy éven belül elhalálozik, rokkantsági szolgáltatási igény nem támasztható.

Ha egy éven belül, de a balesettel össze nem függő okból kifolyólag halálozik el, akkor a tartós rokkantság olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat dokumentumai szerint számolni kellett.

Amennyiben a Biztosított a Biztosító által megállapított rokkantsági fokkal nem ért egyet, a határozat közlésétől számított tizenöt (15) napos határidőn belül írásban kérheti orvosi bizottság döntését. Az orvosi bizottság három (3) tagból áll, amelyek közül egy-egy tagot az érdekelt felek, a harmadikat pedig az általuk választott orvosok választják meg. Amennyiben az orvosi bizottság a Biztosított rokkantságának fokát magasabb mértékben állapítja meg, az eljárás költségét a Biztosító állja, ellenkező esetben azonban a Biztosított.

13.§ A Biztosító mentesülése

Mentesül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben a biztosítási eseményt

- a Kedvezményezett szándékos magatartása okozta a Biztosított halálát, továbbá
- jogellenesen a Biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása;

- a biztosított jogosítvány nélkül történő gépjárművezetése és ezzel egyidejűleg más közlekedésrendészeti szabály megszegése;

- a Biztosított alkoholosan befolyásolt állapota, amennyiben a véralkohol szintje (ha vizsgálat történt) eléri, illetőleg meghaladja a 2,5‰-es, járművezetés esetén a 0,8‰-es határértéket vagy az orvosi adatok alkoholos állapotot igazolnak (ha nem történt véralkohol-vizsgálat) okozta.

14.§ Kizárások

1. A jelen Szabályzat szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek, amennyiben a Biztosított külföldi tartózkodása, illetőleg hivatalos kiküldetése során olyan balesetből vagy betegségből eredően veszi igénybe a sürgősségi orvosi ellátást vagy kórházi ápolást, amely a Biztosított részéről nem az adott külföldi tartózkodás, illetőleg hivatalos kiküldetés ideje alatt következett be és amelyeket a Biztosított ismert vagy ismernie kellett:
2. Nem minősül biztosítási eseménynek az ionizáló sugárzás, valamint a nukleáris energia következtében bekövetkezett károsodások.
3. Nem terjed ki a biztosítás továbbá azokra az eseményekre, amelyek az alábbi körülmények között következnek be:
 - sportversenyen vagy az arra való felkészülésen való részvétel;
 - amennyiben a Biztosított utasként tartózkodik olyan repülőgépen, illetőleg légi járművön, amely nem tartozik egyik légitársasághoz sem és nincs megfelelő bejegyzése, engedélye utasok szállítására;
 - ha nem utas minőségében bárminemű légi járművön utazik;
 - a Biztosítottat ért szívinfarktus vagy agyi érkatasztrófa folytán bekövetkező balesetek;
 - a Biztosított testén saját maga vagy az Ő hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelések és beavatkozások által előidézett károsodás;
 - a Biztosított bármilyen kábítószer, kábító hatású anyag, gyógyszer vagy gyógykezelés hatása alatti állapota, kivéve ha ezeket a kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;
 - bármely elmebeli rendellenesség, annak elnevezésétől függetlenül.

Az orvosi beavatkozás során elszenvedett sérülések nem tekinthetők baleseti következményeknek.

A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (pl. szociális, anyagi) hátrányok, mint például munkakör feladása nem képezhetik rokkantsági kárigeny alapját.

4. A biztosítás nem terjed ki az alábbi betegségek miatti orvosi kezelésekre:
 - a HIV vírus okozta és/vagy bármilyen HIV-vel kapcsolatos betegség, beleértve az AIDS-t és/vagy annak bárminemű mutáns származékát vagy változatát;
 - fogpótlás, korona, gyökérkezelés;
 - már ismert betegség miatti gyógyszervásárlás;
 - védőoltás;
 - öngyilkosság vagy annak kísérlete;
 - egy vagy kettő ágyas (luxus) kórházi szoba igénybevétele;
- minden olyan szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapítására vagy a kezelés céljára.

5. Nem terjed ki a biztosítás azokra az eseményekre, amelyek a

- Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal okozati összefüggésben;
- Biztosított fegyveres cselekményekben történő aktív részvétele vagy háború miatt következtek be.

Jelen Szabályzat szempontjából fegyveres cselekménynek minősül az egyébként fegyvertelen felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, népi megmozdulás - nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett sztrájk - is.

Terrorcselekmény esetén nem minősül fegyveres cselekményben való aktív részvételnek az áldozatok érdekében történő fellépés.

15.§ A biztosítás díja, díjfizetés

A jelen Szabályzatban foglalt feltételek szerint a biztosítás Biztosított személyenként és havonta értendő díját a mindenkor érvényes Díjtáblázat tartalmazza.

A biztosítási díj minden hónap első napján előre esedékes és a Biztosítót a díj minden megkezdett hónap esetében megilleti.

Amennyiben a Szerződő a biztosítási díját az esedékességtől számított 30 (harminc) napon belül nem egyenlíti ki, a Biztosító kockázatviselése az első elmaradt biztosítási díj esedékességétől számított 30 (harminc) napig áll fenn.

Az említett idő alatt a Szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja, ennek elmulasztása esetén a biztosítás az első elmaradt díj esedékességétől számított 30 (harminc) nap leteltével megszűnik.

16.§ A biztosítás megszűnése

A jelen Szabályzat alapján létrejött biztosítási szerződés megszűnik a

- a Biztosított elhalálozásával;
- Szerződő összesen egy havi díjhátralékba kerülésével, ebben az esetben az elmaradt díj esedékességétől számított 30 (harminc) nap elteltével
- biztosítás lejártának napjával, amennyiben a biztosítás tartama egyébként nem került meghosszabbításra.

17.§ Záró rendelkezések

A biztosításból eredő igények az esedékességtől számított két év elteltével elévülnek.

A jelen Szabályzat alapján létrejött biztosítási jogviszonyból származó valamennyi jogvita eldöntésére a Pesti Központi Kerületi Bíróság az illetékes.

Az Ön Biztosítója a

TIR Biztosító Egyesület

amely több ezer taggal rendelkezik.

Székhelyünk 1097 Budapest, Lónyay u. 12. alatt található.

Kérjük, hogy az Ön által választott biztosítási fedezetre vonatkozó és a fentiekben olvasható szabályozást szíveskedjék gondosan áttanulmányozni.

A biztosítási szabályzatok, feltételek tartalmazzák a megkötendő biztosítási szerződés jellemzőit, tartamát, a szerződő felek jogait és kötelezettségeit.

Szíves tájékoztatásul közöljük, hogy amennyiben
a biztosítási szerződésével kapcsolatban bárminemű kérdése
vagy problémája van, az alábbi címhez fordulhat, illetve címen élhet panasszal:

TIR Biztosító Egyesület
1097 Budapest, Lónyay u. 12.
Tel./ fax.: 312-3610, 312-1479

Felügyeleti szervünk:
Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.