

1. sz. melléklet

A Biztosító a jelen biztosítási feltételek alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a jelen biztosítási feltételek szerint meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatások táblázatában meghatározott biztosítási összeg erejéig biztosítási szolgáltatást nyújt. A biztosítási feltételekre, illetve a feltételekben nem rendezett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény, illetve a 2003. évi LX. törvény (Bit.) és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1. A biztosítási szerződés alanyai

- 1.1. A biztosítási fedezetet a Biztosító a Szerződő által kötött Biztonság Program – Családi Egészség Csomag Csoportos Biztosítási Szerződés (a továbbiakban: Csoportos Biztosítás) alapján nyújtja.
- 1.2. A Csoportos Biztosítás alanyai a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Társbiztosítottak.
 - a) A Biztosító: az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely a kockázatot viseli és a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal a Szerződő által fizetett díj ellenében.
 - b) A Szerződő: a Magyar Telekom Nyrt., amely a Csoportos Biztosítást előfizetői javára köti meg és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal.
 - c) A Biztosított: jelen feltételek alkalmazásában Biztosítottnak minősül az a Szerződővel érvényes előfizetői szerződéssel rendelkező természetes személy, aki a Szerződő felé tett nyilatkozattal a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, és akit ennek alapján a Szerződő a Biztosítottak Biztosítottként bejelentett.
 - d) A Társbiztosított: a Biztosítottnak a vele azonos állandó lakcímen élő, a Ptk. 685. § b) pontban megjelölt közeli hozzátartozója, valamint élettársa, feltéve, hogy lakcíme állandó lakcímbeljelölés alapján a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosítottal azonos. E személyek a Biztosított mellett ugyancsak a Csoportos Biztosítás biztosítottainak minősülnek.
 - e) A Biztosított a Csoportos Biztosításhoz csak egy előfizetéséhez kapcsolódóan csatlakozhat, függetlenül attól, hogy egy vagy több előfizetői szerződéssel rendelkezik a Szerződőnél.

2. A biztosítás tartama, biztosítási időszak, területi hatály, a biztosító kockázatviselése

- 2.1. A Csoportos Biztosítás határozatlan időtartamra jött létre.
- 2.2. A biztosítás díjfizetési időszaka egy év.
- 2.3. A biztosítás területi korlátozás nélkül, a Föld bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre kiterjed. A biztosítás a nap 24 órájára kiterjed.
- 2.4. A Biztosító kockázatviselése egy biztosítottra vonatkozóan a Biztosított csatlakozási nyilatkozata után, a Szerződő nyilvántartási rendszerben történő rögzítés napját követő nap 0 órájától, de legkésőbb az igénylésre vonatkozó, telefonon tett nyilatkozatát követő 5. munkanapon lép életbe. A nyilvántartási rendszerben történő rögzítés napját a Szerződő a Biztosított részére írásban visszaigazolja. A Biztosító kockázatviselése életkor korlátozás nélkül bármilyen korú biztosítottra kiterjed, kivéve a baleseti keresőképtelenség biztosítási eseményt (ld. 11.3. pont). Ezen kockázatra a biztosító kockázatviselése csak olyan munkaképes korú személyre terjed ki, aki a baleset napján munkavégzésre szóló jogviszonnyal rendelkezett.

3. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

- 3.1. A Biztosító kockázatviselése megszűnik:
 - a) egy adott Biztosított, illetve Társbiztosított tekintetében
 - az adott Biztosított, illetve Társbiztosított halálával,
 - a baleseti keresőképtelenség kockázat esetén a Biztosított, illetve a Társbiztosított munkaviszonya megszűnésének, illetve nyugdíjba vonulásának napjával;
 - b) a Biztosított és valamennyi Társbiztosított tekintetében
 - a Biztosított előfizető halálával, az elhalálozás Szerződőhöz való bejelentésének napján 24 órakor,
 - a Szerződő és a Biztosított között fennálló előfizetői szerződés megszűnése esetén az előfizetői szerződés megszűnésének napjával,
 - amennyiben a Biztosított a Szerződő felé tett nyilatkozatával biztosítási jogviszonyát megszünteti, a nyilatkozat Szerződőhöz történt beérkezésétől számított nyolcadik (8.) napon 24 órakor,
 - a Szerződő és a Biztosító között fennálló Csoportos Biztosítás megszűnése esetén a Csoportos Biztosítás megszűn-

sének napjával.

- 3.2. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése nem érinti a megszűnés előtt bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folyamatban lévő vagy függő károk elbírálását.

4. A Biztosító szolgáltatásának kifizetése

4.1. Biztosítási esemény bejelentése (kárbeljelentés)

- 4.1.1. A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely igényt a Biztosító részére írásban, az alapul szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 8 napon belül kell benyújtani. A bejelentési kötelezettség elmulasztása esetén a Biztosító annyiban mentesül a szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak.
- 4.1.2. A Biztosító által igényelt minden igazolást, nyilatkozatot és bizonyítékot a Biztosítónak az általa meghatározott formában és tartalommal kell benyújtani. A szükséges dokumentumok beszerzésének és Biztosítóhoz történő eljuttatásának költségeit a Biztosító nem téríti meg.
- 4.2. **A kárbejelentés során benyújtandó dokumentumok**
- 4.2.1. A biztosítási szolgáltatás iránti igényhez a Biztosított előfizető és a károsult 1.2. d) pont szerinti Társbiztosított családtag lakcímkártya és személyi igazolvány.
- 4.2.2. Az első akut ellátást igazoló orvosi dokumentumok, az egyéb orvosi dokumentumok (az ambuláns kezelőlap(ok), röntgen lelet, zárójelentés(ek), egyéb dokumentumok).
- 4.2.3. A munkavégzésre szóló jogviszony igazolása.
- 4.2.4. A táppénzes vagy orvosi igazolások a keresőképtelenség időtartamáról.
- 4.2.5. A hatósági vizsgálatról, illetve a rendőrségi intézkedésről szóló határozat.
- 4.2.6. Ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentum(ok) hiteles magyar nyelvű fordítása.

4.3. Biztosító teljesítése

- A Biztosító szolgáltatása, függetlenül attól, hogy a Biztosított egy vagy több előfizetői szerződéssel rendelkezik a Szerződőnél, nem többszöröződik, tekintettel arra, hogy a Biztosított csak egy előfizetéséhez kapcsolódóan csatlakozhat a Csoportos Biztosításhoz.
- 4.3.1. Bármilyen testi sérülés bekövetkeztét követően a Biztosítottnak vagy Társbiztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia, és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. A Biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a Biztosítottnak vagy Társbiztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.
 - 4.3.2. A Biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A károk kifizetése a Biztosító magyarországi központjából történik, forintban.

5. Elévülés

A szolgáltatási igény a biztosítási, illetve kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett baleset esetében annak esedékességtől számított egy (1) év alatt évül el.

6. Egyéb rendelkezések

- 6.1. Jelen szerződés kapcsán felmerülő panaszokkal a Szerződő, a Biztosított, illetve a Társbiztosítottak a Biztosító központjához fordulhatnak.
- 6.2. A Biztosító kockázat-elbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a Biztosítottat, illetve a Társbiztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.
- 6.3. A Biztosító jogosult az ügyfelek jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény rendelkezései szerint, a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, illetve az ügyfél hozzájárulása alapján kerülhet sor.
- 6.4. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- 6.5. Az ügyfél tájékoztatást kérhet a személyes adatainak kezeléséről,

6.6. valamint kérheti az adatai helyesbítését, törlését. 6.7. A Biztosítót a birtokába jutott, biztosítási titkok tekintetében titoktartási kötelezettség terheli. A Biztosító titoktartási kötelezettségére a Bit. 153-161. §-ban foglalt szabályok az irányadóak. 6.8. Biztosítási titkok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a Biztosító rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. 6.9. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni. 6.10. A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. 6.11. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak. 6.12. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn: - a feladatkörében eljáró felügyelettel, - a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatósággal és ügyészséggel, - büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, - adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli, - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, - a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal, - a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervvel, - a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal, - a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető hivatallal, - az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítót, - a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal, - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, - fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval - a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztossal szemben, ha az a–j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A k), l), m) és p) 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. 6.13. A Biztosító a nyomozóhatóság és a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles tájékoztatást adni, ha adat merült fel arra vonatkozóan, hogy a biztosítási ügylet: - kábítószer-kereskedelemmel, - terrorizmussal, - illegális fegyverkereskedelemmel, - pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.	7. Jognyilatkozatok 7.1. A Biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Szerződőnek, illetve kár bejelentése esetén a Biztosítottnak, illetve a Társbiztosítottaknak, az általuk megadott és a Biztosító által ismert utolsó értesítési címre. 7.2. A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett. 8. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve A Biztosító és a Biztosított, illetve a Társbiztosítottak kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak, illetve Társbiztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik. 9. Alkalmazandó jog 9.1. Jelen szerződés vonatkozásában a magyar jog rendelkezései, elsősorban a Polgári Törvénykönyv, a Bit. és a vonatkozó hatályos magyar jogszabályok irányadóak. 9.2. Jelen csoportos biztosításból eredő jogviták esetén a Pesti Központi Kerületi Bíróság (illetőleg a Fővárosi Bíróság) kizárólagosan illetékes. 10. Panaszügyintézésre jogosult szervek UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 1082 Budapest, Baross u. 1. Telefon: (36-1) 486-4200 Vitás kérdések felmerülése esetén: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, 1535 Budapest 114., Pf. 777. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást. Biztosítási feltételek 11. Biztosítási esemény A biztosítási esemény lehet egy Biztosítottnak, illetve Társbiztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül: 11.1. balesetből eredő műtete Ha a Biztosított, illetve Társbiztosított gyógyulása és állapotromlásának megakadályozása érdekében a Biztosítottnak, illetve Társbiztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt súlyosságú műtétet végeznek, úgy a Biztosító kifizeti az adott súlyosságú baleseti műtét kockázatának a Biztosított, illetve Társbiztosított vonatkozó biztosítási összegét. Műtét: az olyan sebészeti beavatkozás, amelyet kórházban érvényes szakmai szabályok szerint végeznek és szerepel a biztosító által elfogadott műtét listában, abból nem került kizárára. A műtétek veszélyességi besorolását a biztosító objektív feltételek alapján (műtét halálozás kockázata, szövődmények gyakorisága, súlyossága, műtéttechnikai bonyolultsága, beteg által elviselendő megterhelés nagysága) határozza meg. Ennek alapján az alábbi súlyossági fokozatokat állapítja meg. I. súlyossági fokozat A szervezet üregrendszerein belül elhelyezkedő anatómiai képletek sérülései miatt szükségessé váló és az üregrendszer falának megnyitásával végzett műtėti megoldások (koponya, nyak, mellkas, has, medence, gerincoszlop). Az ujjak kivételével végzett baleseti eredetű végtagcsontok sérülései függetlenül attól, hogy a csontok elmozdított vagy visszahelyeztetett műtétet követően milyen a funkcionális végeredmény. A törzsből kilépő fő ér- és idegek sérülései miatt végzett helyreállító műtétek (kivéve a csuklóízület, illetve bokaízület kezdő részeitől perifériáson elhelyezkedő ér- és idegek sérülései). A műtétet igénylő II-III. fokú égési sérülések, ha az égési felszín a testfelület 40%-át eléri. II. súlyossági fokozat A nyílt és zárt, nagy ízületekbe (váll, könyök, csukló, csípő, térd, boka) hatoló és ízületen kívüli (felkar-, alkar-, comb-, láb-, csigolya-) törések. A kéz és lábfej törései nem tartoznak ide. A nagy kiterjedésű, roncslóással, szövethiánnyal járó lágyrész sérülések, ahol műtét sorozat, szövetpótlás végzésére van szükség. A műtétet igénylő II-III. fokú égési sérülések, ha az égési felszín a testfelület 5%-ánál nagyobb, de a 40%-át nem éri el. III. súlyossági fokozat Az orvosi szakma szabályai által dokumentált friss ízületi szalagszakadások, ín, inak szakadása a kézfej, lábfej, ujjak kivételével. A csuklóízület, illetve bokaízület kezdő részeitől perifériáson elhelyezkedő ér- és idegek sérülései helyreállító műtétet igénylő. A kézujj amputációval járó csontok sérülései. Perifériás idegvarratok.
--	--

Nem téríthető beavatkozások:

A csőtűkrözéses diagnosztikus és terápiás beavatkozások (szokványos ízületi ficamok, térd meniscus sérülései stb. miatti csőtűkrözéses műtétei).
Belső fémrögzítés eltávolítása.
Bőrvarratok.
Dróttal történő húzás.
Kézfej, lábfej, ujjak ínszakadása.
Korábban meglévő, ortopéd jellegű elváltozások baleset kapcsán történő terápiája, műtete.
Az emberi szervezet típusos helyeinek sérvesedése miatti műtétek.
A kóros csontszerkezeti elváltozásból adódó csonttörés stabilizáló műtete.

Baleseti eseménnyel összefüggésbe nem hozható beavatkozások. Amennyiben egy műtét során, ugyanazon testrészen vagy szervben több sebészeti beavatkozást végeznek, akkor az adott szervben vagy testrészen végzett sebészeti eljárások közül a műtėti térítés meghatározása a legmagasabb kategóriájú eljárás alapján kerül meghatározásra.

Egy baleseti eseményből maximálisan a 12. pontban szereplő szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási összeg I. fokozatát fizeti ki a Biztosító. Amennyiben egy műtét során több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor a Biztosító a legmagasabb besorolású műtét alapján állapítja meg a szolgáltatást.

11.2. balesetből eredő csonttörése

Ha a Biztosított, illetve a Társbiztosított a kockázatviselés időszaka alatt olyan balesetet szenved, melynek következtében szakorvos által igazolt módon csonttörést, illetve csontrepedést szenved, úgy a Biztosító a csonttörés kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét fizeti ki.

Csonttörés: ha az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad. Jelen feltétel szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.

Csontrepedés: az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad, de a csont keresztmetszete nem sérül és a törési vonal csak az egyik oldali csontkérget sérti. A Biztosító egy biztosítási esemény bekövetkezése esetén a törések számától függetlenül a szolgáltatási táblázatban rögzített biztosítási összeget fizeti ki. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

11.3. balesetből eredő keresőképtelensége (5-30. napig)

Ha a Biztosított, illetve a Társbiztosított baleseti okból 5 napot meghaladóan folyamatos munkaképtelen állományba kerül vagy kórházi ellátásra szorul annak folytán, hogy a fenti baleset miatt munkáját, tevékenységét ellátni nem tudja, úgy a Biztosító az 5 nap eltelte után az első naptól kezdve minden napra – legfeljebb 30 napig – kifizeti a szolgáltatási táblázatban rögzített napi térítési összeget, amennyiben a keresőképtelenség elbírálására jogosult egészségügyi ellátó szervezet igazolja azt.

A Biztosító szolgáltatása 5-30 nap tartamra terjed ki. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a gyógytartam szükségességét a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse. A Biztosító szolgáltatása a gyógytartam letelte után esedékes. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

Jelen biztosítási kockázat nem terjed ki olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult táppénzre.

12. A Biztosító szolgáltatása

12.1. A Biztosító az egyes kockázatok esetében a következő szolgáltatásokat nyújtja:

Baleseti műtét	
I. súlyossági fokozatú műtét	200 000 Ft
II. súlyossági fokozatú műtét	100 000 Ft
III. súlyossági fokozatú műtét	50 000 Ft
Baleseti csonttörés	20 000 Ft
Baleseti keresőképtelenség (5-30. nap)	1 000 Ft / nap

12.2. A szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a Biztosított életében sor került.

13. A Biztosító mentesülése

13.1. A kárbejelentési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak.

13.2. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított, illetve Társbiztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

13.3. A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha bizo-

nyítást nyer, hogy a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező biztosítási eseménye összefüggésbe hozható a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett egészségkárosodással, műtéttel, illetve a biztosítási eseményt jelző vagy tipikusan megelőző egészségi állapot a szerződéskötéskor már fennállt.

- 13.4. A balesetet súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak kell tekinteni különösen, ha az a Biztosított, illetve Társbiztosított
- a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben,
 - b) súlyosan ittas állapotával közvetlen okozati összefüggésben,
 - c) bódító-, kábító- vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán,
 - d) érvényes jogosítvány nélküli gépjármű vezetése közben,
 - e) ittas gépjárművezetése közben következett be,
 - f) valamint a d)-e) esetekben a mentesülés feltétele még, hogy a Biztosított, illetve Társbiztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett.

14. Kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi tevékenységekkel:

- 14.1. Harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben valamely fél mellett történő aktív részvétellel, vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel.
- 14.1.1. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenetlet vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció) kommandótámadás, terrorcselekmény. A kommandótámadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a Biztosított, illetve Társbiztosított az áldozatok érdekében lép fel.
- 14.1.2. Jelen biztosítási feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a hatályos Büntető Törvénykönyv annak minősít.
- 14.2. Atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.
- 14.3. Bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével, HIV vírus (AIDS) és ennek mutánsai révén kialakult fertőzéssel összefüggésben következett be.
- 14.4. Gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben sportversenyben való részvétellel vagy ilyen versenyre való felkészüléssel (edzéssel), vagy
- 14.5. egyéb repülősport tevékenységgel (ejtőernyős ugrás, sárkányrepülő), vagy
- 14.6. légi utazással, kivéve, ha a Biztosított, illetve Társbiztosított balesete légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, az adott légi járműre érvényes vezetői engedéllyel rendelkező pilóta által vezetett gépen következett be, vagy ha
- 14.7. veszélyes sportok és hobbik (pl. légi sportok, rögbi, baseball, amerikai futball, barlangászás, sziklamászás, hegymászás, bungee jumping, rafting, 10 méternél mélyebben történő búvárkodás stb.) művelésével.
- 14.8. A baleset előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 14.9. Nem térít a Biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben bizonyítható az a tény, hogy a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat.

15. Egyebek

15.1. A biztosítási szolgáltatás igényléséhez a Biztosító meghatározott dokumentumokon kívül még kérheti a Biztosító orvosának véleménye alapján további orvosi dokumentumok benyújtását is, illetve a teljesítését kötheti a Biztosított Biztosító orvosa általi felülvizsgálatához.

15.2. A műtétek tételes besorolása külön kérésre megtekinthető a Biztosító Vezérigazgatóságán. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a Biztosító listájában és kizárásra sem kerül, abban az esetben a műtét besorolását a Biztosító orvosa állapítja meg. Jelen feltételek melléklete tájékoztató listát tartalmaz az egyes műtėti kategóriákról.

15.3. Jelen feltétel vonatkozásában:

a) Baleset: a Biztosított, illetve Társbiztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső erőbehatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt

módon sérüléssel jár. A betegségből eredő testi sérülés nem minősül balesetnek. Jelen feltétel szempontjából nem minősül balesetnek a foglalkozási betegségi ártalom, továbbá a Biztosított, illetve Társbiztosított öngyilkossági kísérlete még akkor sem, ha azt a Biztosított, illetve Társbiztosított beszámítási képességének hiányában követte el. b) Biztosítási esemény időpontja: a 11. pontban meghatározott valamennyi biztosítási esemény tekintetében a baleset napja. c) Halmazott biztosítási esemény: egy biztosítási eseményből eredően több Biztosított vagy Társbiztosított személlyel kapcsolatban következik be a biztosítási események valamelyike. A halmazott biztosítási esemény bekövetkeztekor legfeljebb 60 millió forint kerül kifizetésre az összes Biztosítottnak, illetve Társbiztosítottnak, akinek a halmazott biztosítási eseménnyel kapcsolatosan kártérítési igénye van. Amennyiben az érintett Biztosítottakra, illetve Társbiztosítottakra vonatkozó egyenkénti szolgáltatási összegek meghaladnák a fenti limitet, az egyes Biztosítottoknak, Társbiztosítottoknak arányosan csökkentett szolgáltatási összeg kerül kifizetésre. d) Jelen feltétel szempontjából kórháznak minősül a tisztiorvosi és szakmai felügyeletet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. e) Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai. 16. Orvosi call center szolgáltatás 16.1 A Biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: Szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt. 16.2 A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek. 16.3 Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén: - egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések, - tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően, - tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről, - tájékoztatás ügyeleti gyógyszerteráziáról, - tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről. 16.4 A 24 órás szolgáltatást az ügyfél a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe. 16.5 Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást, és a biztosított vizsgálatát. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem a Szolgáltató nem vállal felelősséget. 16.6 Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. 16.7 Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább. 17. Második orvosi vélemény szolgáltatás 17.1 A Biztosító a jelen feltételek alapján a Biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: Szolgáltató) második orvosi vélemény kialakítását biztosítja. 17.2 Második orvosi vélemény alatt a Biztosított által az Egészségügyi Szolgáltatónak feltett, a Biztosított súlyos betegségre vonatkozó, orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos szakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni. 17.3 A nemzetközi második orvosi vélemény igénybevételére csak a Biztosított azon hozzátartozói jogosultak, akik a második orvosi vélemény kérelmezését egy évvel megelőzően már a Biztosított állandó lakcímével azonos lakcímen voltak bejelentve. 17.4 A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza: Hozzáfértetés nemzetközi orvos szakértők szaktudásához elismert orvos szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával Szolgáltató kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá betérjesztett esetekben. A felsoroltakon kívüli betegségek esetén Szolgáltató a második	orvosi vélemény nyújtása / megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír. 17.5. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az Szolgáltató az alábbi betegségek esetén nyújtja: - Az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat) - Szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet - Szervátültetések - Veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák 17.6. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább. UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
---	---