

Vállalkozás & közösség

Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

A jelen általános feltételek az UNIQA Biztosító Rt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 76–78.), továbbiakban **biztosító**, azon csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek.

Az itt nem érintett kérdésekben a szerződésekhez kapcsolódó különös feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A szerződésekhöz tartozó különös biztosítási feltételektől való eltérés esetén a különös feltételek a mérvadók.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

I.1 A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében, a létrejött szerződésben és annak különös feltételeiben meghatározott szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget.

2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését valamennyi biztosítottal együttesen vállalja.

A **szerződő** lehet bármely Magyarországon működő

- a) jogi személyiséggel nem rendelkező munkáltató,
- b) cégjegyzékbe, illetve más bírósági nyilvántartásba felvett jogi személy, illetve gazdasági társaság,
- c) egyéb szervezet.

A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.

A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **írásban** eljuttatták.

A biztosító a nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmától és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosított(ka)t tájékoztatni.

3. A biztosítási szerződés **egyidejűleg egy vagy több, biztosítottakból álló csoportra** vonatkozik.

A **Csoporthoz** képzése a szerződő által, az ajánlatban meghatározott objektív szempont(ok) – többek között a foglalkozás, a beosztás, a munkavégzés helye, a munka veszélyessége – alapján, természetes személyekre vonatkozóan történhet.

BIZTOSÍTOTT az a természetes személy, akit a szerződő – mint a szerződésben megjelölt valamelyik csoport tagját – biztosításra jelölt, és akire vonatkozóan a biztosító a kockázatviselést vállalta.

Biztosított személy **nem lehet** az, aki

- a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetének évében betölti vagy korábban már betöltötte 65. életévét, vagy
- a biztosítás rá vonatkozó kezdete előtt
 - már nyugdíjas, rokkantsági nyugdíjas, vagy
 - baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, vagy
 - munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be az Egészségbiztosítás valamely szervéhez.

• **Nem lehet biztosított az a munkavállaló, aki**

- GYES-en, illetve GYED-en van, vagy
- sorkatonai szolgálatát tölti, vagy
- rendkívüli okból fizetés nélküli szabadságát tölti.

• **Nem lehet biztosított az a munkavállaló, vagy megbízási, illetve vállalkozási szerződéssel foglalkoztatott személy, akinek**

- a foglalkoztatása nem éri el a 30 órát hetente.

A szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt a biztosított nem léphet a szerződő helyébe.

4. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Haláleseti kedvezményezettként több személy is megnevezhető.

A kedvezményezette(ke)t a szerződő jelölheti meg, de ahhoz a biztosított(ak) hozzájárulása (beleegyező aláírása) is szükséges. A kedvezményezés a biztosított életében bármikor megváltoztatható.

A kedvezményezett jelölése, illetve megváltoztatása **akkor lép hatályba**, amikor a szerződő és a biztosított **írásbeli nyilatkozata** a biztosítóhoz beérkezik.

Amennyiben a szerződésben az adott biztosítottalhoz tartozóan kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy a biztosított írásbeli hozzájárulása hiányzik, illetve a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghalt, és helyette mászt nem jelöltek meg, a kedvezményezett maga a biztosított, illetve – halála esetén – az örököse.

I.2 A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

5. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő írásbeli **AJÁNLATTAL** kezdeményezi.

6. A szerződés a jelen **Általános Feltételekből**, a választott kockázatokra vonatkozó **különös feltételekből**, továbbá **ajánlatból, kötvényből és együttműködési megállapodásból** áll, melyet a biztosítottakra vonatkozó **adatközlők** és egyéb **nyilatkozatok** egészíthetnek ki.

A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot**, illetve – a biztosítási összeg nagyságától függően – orvosi vizsgálatot kérhet.

7. A szerződés úgy **jön létre**, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzá tartozó dokumentumok alapján **kockázatelbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (**KÖTVÉNYT**) állít ki.

A biztosítónak jogában áll az **ajánlatot módosításokkal elfogadni**. Lényeges eltérések esetén a biztosító erre a tényre a szerződő figyelmét a kötvény kiadásakor írásban felhívja.

Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér, és az eltérést a szerződő tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre.

A biztosítónak jogában áll az ajánlatot, annak – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységéhez történő – beérkezését követő **15 napon belül** indoklás nélkül **elutasítani**, mely esetben a biztosítási szerződés nem jön létre.

A szerződés létrejön abban az esetben is, ha a biztosító az összes szükséges kellelkel (adatközlővel, nyilatkozattal) ellátott ajánlatra, annak beérkezését követő 15 napon belül nem nyilatkozik.

I.3 A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE

8. A biztosítás az azt követő napon **LÉP HATÁLYBA**, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

I.4 A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE; „KEZDETI” ÉS „ÚJ” BIZTOSÍTOTTAK

9. A **KEZDETI** (a szerződésbe annak kezdetével bevont) **biztosítottakra** vonatkozóan a biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** a szerződés hatályba lépésével egyidejűleg kezdődik. Ha a felek díjhalasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés kezdete a szerződésben kerül rögzítésre.

Új (meghatározott csoportba a szerződés kezdetét követően belépő) **biztosítotttra** a biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** az azt követő napon kezdődik, amikor a biztosítóhoz az együttműködési megállapodásban előírt módon a vonatkozó adatközlés beérkezik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatviselést az adatközlő beérkezését követő 15 napon belül nem utasította vissza.

10. A szerződésbe orvosi vizsgálat nélkül bevont biztosítottak esetében a biztosító a rájuk vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított **3 hónap várakozási időt** köt ki. A **VÁRAKOZÁSI IDŐ** tartama alatt a biztosító csak a balesetből eredő biztosítási eseményekre vállalja a kockázatot.

11. Ha egy kezdeti biztosított a biztosítási szerződés kezdetekor, illetve egy új biztosított a szerződésbe való belépésének – az

együttműködési megállapodás szerinti – időpontjában **betegszabadságon** vagy **táppénzes állományban** van, a biztosító kockázatviselése csak személyre szabott kockázat-elbírálást követően, de legkorábban a betegszabadság, illetve a (ezt követő) táppénzes időszak leteltével kezdődhet. Az ilyen esetekben a betegszabadság, illetve a (ezt követő) táppénzes időszak leteltét a biztosítóhoz be kell jelenteni, és a bejelentését követő 15 napon belül a biztosítónak lehetősége van a kockázat vállalását véglegesen elutasítani.

12. Amennyiben valamely biztosított vonatkozásában a szerződés tartama alatt a biztosítási összeg megemelkedne, a biztosító a megnövekedő biztosítási összeg elfogadását (újabb) kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti.

13. A kockázatviselés **területi hatálya** – a betegségbiztosítások kivételével – **a világ összes országa**.

A **betegségbiztosítások** esetében a biztosító kockázatviselése csak a **Magyarországon** bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki.

14. Az együttműködési megállapodás a fentiekől eltérő területi hatályt és kezdeti kockázatviselési időpontokat is rögzíthet.

I.5 A SZERZŐDÉS TARTAMA

15. A biztosítási szerződés **KEZDETE** és **LEJÁRATA** a szerződésben ekként megjelölt napok.

16. A biztosítási szerződés **HATÁROZOTT TARTAMÚ**, ha mind a kezdet, mind a lejárat napja meghatározásra kerül.

A biztosítási szerződés **HATÁROZTALAN TARTAMÚ**, ha csak a kezdet napja kerül meghatározásra.

17. A **BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓK** a szerződés kezdetéhez tartozó hónapnak és napnak megfelelő évfordulók a szerződés fennállása alatt.

Az évfordulókhoz kapcsolódnak – többek között – a felmondási jog, a biztosítási díj elszámolása, a szerződés tartalmi módosítása, az esetleges értékkövetés.

18. **Határozott tartamú** szerződés esetén a **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a szerződés kezdete és lejárata közti időszak.

Határozatlan tartamú szerződés esetén a **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a biztosítási évfordulókhoz igazodó egy éves időtartam.

19. **Határozatlan tartamú** szerződésnél, amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés az utolsó adatközlőben foglaltaknak és a szerződés tartalmának megfelelően **további egy biztosítási időszakra** folytatódik.

I.6 A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

20. A biztosítási **szerződés** – ezzel a biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítottra – **megszűnik** az alábbi esetek bármelyikében:

- a) ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási évforduló vége előtt legalább 30 nappal a felmondási szándékát a másik félnek írásban bejelenti, a biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- b) ha a szerződő a biztosítás díját vagy díjrészletét az esedékességtől számított 60 napon belül nem egyenlítette ki, és a kiegyenlítésre vonatkozóan halasztást nem kapott, a díjfizetéssel rendezett időszak utolsó napjának leteltével;
- c) határozott tartamú szerződés esetén a szerződés lejáratának napjának végével;
- d) ha a szerződő jogutód nélküli felszámolásáról rendelkező határozat született, a rendelkező határozat szerinti utolsó működési nap és a díjfizetéssel rendezett időszak utolsó napja közül a korábbi leteltével.

21. **Valamely biztosítottra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:

- a) ha a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe bevont valamelyik csoporthoz való tartozása (3. pont) megszűnik, a csoporttagság utolsó napjának leteltével (így többek között kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjba vonulás miatt);
- b) ha biztosítási eseményből eredően a biztosító legalább 50%-os maradandó egészségkárosodás miatt szolgáltatást teljesített, a teljesítés napjának leteltével;
- c) ha a társadalombiztosítás erre kijelölt szerve legalább 67%-os munkaképesség csökkenést állapított meg, a határozat kelte szerinti nap végével;
- d) *annak* a naptári évnek a végével, amelyben a biztosított életkora eléri a 65. életévet;
- e) a biztosított halálának időpontjával.

I.7 KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

22. A szerződőt és biztosítottat egyetemleges **KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG** terheli, melynek értelmében a **szerződéskötéskor**, illetve a biztosítottnak a szerződésbe történő **belépésekor** kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan – így többek között a biztosított egészségi állapotával, a munkavégzés jellegével kapcsolatos – körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő illetve a biztosított a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

A közlési kötelezettség vonatkozik a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló tényezők közlésére a **szerződés módosításakor** is, így különösen a biztosítási évfordulóhoz kapcsolódó elszámolásakor, adatközléskor és a szerződés átdolgozásakor.

A szerződő és a biztosított köteles a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé tenni.

A szerződő köteles a szerződésben rögzített adatainak, jogállásának megváltozásáról a biztosítót 5 munkanapon belül írásban értesíteni. Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a szerződő viseli.

II. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

II.1 A BALESET FOGALMA

23. A jelen általános feltétel hatálya alá tartozó biztosításoknál
- a) **BALESETNEK minősül** a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, melynek következtében a biztosított meghal vagy egészségkárosodást szenved.
 - b) **MUNKAHELYI BALESETNEK minősül** az olyan baleset, amely a munkavállalót a munkáltató telephelyén vagy azon kívül a munkáltató rendelkezése folytán, illetve munkáltató érdekében végzett munka során érte, ideértve a kiküldetés során bekövetkezett balesetet is. Amennyiben a szerződés erre vonatkozóan külön kitélt nem tartalmaz, úgy az úti baleset [23. c) pont] nem tekintendő munkahelyi balesetnek.
 - c) **ÚTI BALESETNEK minősül** a biztosított kereső tevékenységével összefüggésben a lakóhelyéről közvetlenül a rendszeres munkavégzés helyére vagy onnan közvetlenül a lakóhelyére történő eljutás során bekövetkezett baleset.
 - d) **KÖZLEKEDÉSI BALESETNEK minősül** a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogként vagy gépjármű, gépjárműnek nem minősülő motoros jármű, valamint kerékpár 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, melynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű;
- a gépjármű, a gépjárműnek nem minősülő motoros jármű, valamint a kerékpár vezetőjét vagy utasát ért olyan baleset, amely nem a saját, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

II.2 A BETEGSÉG ÉS A KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

24. A **BETEGSÉG** az orvostudomány álláspontja szerint a biztosított egészségében bekövetkező olyan rendellenes testi, szervi vagy szellemi állapot, amely nem minősül baleseti jellegűnek [II.1.23. a) pont], és objektív tüneteket mutat.

KÓRHÁZNAK minősül az a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. **Nem minősül** kórháznak a szanatórium, a rehabilitációs intézet, a gyógyfürdő, a gyógyüdülő, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, a geriátriai intézet, a szociális otthon.

MŰTÉNEK minősül minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a kór megállapítása céljából hajtottak végre. A műtétek kis-, közepes- és nagyműtét kategóriákba való WHO kódok szerinti besorolása a biztosítónál tekinthető meg, melyet – kérésre – a biztosító írásban is a szerződő részére, rendelkezésére bocsát.

GYÓGYKEZELÉS minden olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségpénztár Országos Orvosszakértői Intézete által elismert tevékenység, amely az egészség megőrzésére, továbbá a megbetegedés megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából az érintett közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára, illetve mindezek érdekében az érintett vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul.

KERESŐKÉPTELEN az, aki saját betegsége vagy balesete miatt munkáját – orvosilag indokoltan – nem képes ellátni, továbbá az, aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése érdekében részesül. A keresőképtelenséget a hatályos rendelkezések szerint a kezelő orvos igazolja.

BETEGSZABADSÁG az az időszak, amely a hatályos rendelkezések szerint ilyen néven a munkavállalót keresőképtelensége idejére naptári évenként megilleti.

II.3 BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

25. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a szerződéshez tartozó különös feltételekben ilyen címen meghatározott esemény.
26. A **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor – a különös feltételek szerint – fellépő kötelezettsége.
27. A szolgáltatás pénzben kifejezett értékét, azaz a **BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG**et a szerződő határozza meg az ajánlattételkor, ha azt a különös szerződési feltételek másként nem szabályozzák. A szerződő eldöntheti, hogy a biztosítási összegek
- a) a szerződésben megjelölt biztosítottak rendszeres munkaviszonyból származó, az Ajánlaton [5. pont] részletezett jövedelmének biztosított csoportonként külön-külön meghatározott százalékaival legyenek egyenlők, vagy
 - b) az azonos biztosított csoporthoz tartozó biztosítottakra nézve azonosak legyenek, vagy
 - c) a szerződésben megjelölt biztosított csoportokra nézve egyedi szabály alapján kerüljenek meghatározásra.
- A szolgáltatás nagysága a szerződés tartamán belül a szerződési feltételekben szabályozott esetekben változhat.
28. **ÖSSZEGZÖDÉSNEK** (kumuláció) minősíti a biztosító azt, ha valamely véletlen esemény egyidejűleg több biztosítási esemény bekövetkezését idézi elő.

Az egyes szerződések vonatkozásában összegződés esetére a biztosító meghatározhatja szolgáltatási kötelezettsége maximumát. Ez esetben, ha a biztosító teljesítési kötelezettsége együttesen meghaladná a szolgáltatási maximumot, a

biztosító az egyes biztosítottakra eső kifizetéseket a szükséges mértékig, arányosan csökkentve teljesíti.

III. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

III.1 A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

29. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **BIZTOSÍTÁSI DÍJ** ellenében vállalja.

A biztosítási díj meghatározása a szerződés tartalmának – így többek között a csoportra jellemző veszélyességnek, a biztosítottak létszámának, a biztosítási eseményeknek, a szolgáltatás időbeli jellegének, az egyes biztosítottak korának, nemének, foglalkozásának és egészségi állapotának, a biztosítási összegeknek, a díjfizetés gyakoriságának – megfelelően történik.

30. A biztosítási szerződés kezdetére vonatkozóan a biztosító meghatározza a kezdeti biztosított létszáma számított **KEZDETI**, az első biztosítási időszakra vonatkozó **biztosítási díjat**, mely mindaddig érvényes marad, amíg azt az elszámolás szabályai szerint [III.2. fejezet] módosítani nem kell.

A **határozott** és a **határozatlan tartamú** szerződések **kezdeti díját egyösszegben**, az ajánlattételkor kell megfizetni.

A **határozatlan tartamú** szerződések **további** biztosítási időszakokra vonatkozó előzetes díjai az egyes időszakok első napján, előre esedékesek..

31. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat a biztosítási időszakokra eső díjak **részletekben** történő fizetéséhez. A pótdíj mértéke a díjfizetés gyakoriságától és módjától függ, és a tartamon belül változhat. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján előre esedékesek.

III.2 A FELEK KÖZÖTTI ELSZÁMOLÁS, ADATKÖZLÉS, VÁLTOZÁSJELENTÉS

32. A felek közötti elszámolás, adatközlés és változásjelentés részletes szabályait és a felek közötti egyéb egyezségeket az **EGYÜTTMŰKÖDÉSI MEGÁLLAPODÁS** tartalmazza.
33. A szerződő az adott időszak alatt bekövetkezett – a biztosítottakat érintő – változásokat a biztosító által rendelkezésre bocsátott **változásjelentő lapon** vagy egyéb, az együttműködési megállapodásban rögzített (elektronikus) formában és az ott meghatározott gyakorisággal, de **biztosítási időszakonként legalább egyszer** közli.
34. Ha a biztosított létszám megváltozása miatt valamely biztosítási időszakra vonatkozóan a megállapított díj legalább 10%-os mértékben módosul, úgy a szerződő vagy a biztosító kérheti az eltérésből fakadó díjkülönbözet soron kívüli elszámolását.
- A felek az eltérés más százalékos mértékében is megállapodhatnak.

35. Valamely biztosítási időszakra vonatkozó díj **végleges elszámolása**:

- a) A szerződő köteles a biztosítási időszak végét követő 30 napon belül havi részletezettségű **adatközlőt** küldeni a biztosítónak. Az **ADATKÖZLŐ** tartalmát a szerződő felek a kockázatvállalás függvényében – az együttműködési megállapodás részeként – rögzítik.
- b) A biztosító köteles az adatközlő beérkezésétől számított 30 napon belül a megelőző időszakra készített **végleges elszámolást** a szerződőnek megküldeni.

36. Határozatlan tartamú biztosítás esetén a **következő biztosítási időszakra** vonatkozó díj **előzetes megállapítása**:

- a) A biztosító a következő biztosítási időszak kezdetét legalább 30 nappal megelőzően a szerződő által addig közölt adatok, információk alapján megállapítja a következő biztosítási időszakra vonatkozó **előzetes** biztosítási **díjat**, és erről tájékoztatja a szerződőt.
- b) A szerződő és a biztosító a lezáruló biztosítási időszak vége előtt véglegesítik a következő biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási **kockázatokat, szolgáltatásokat** és a **biztosított csoportokat**.
- c) A biztosító az éppen lezárult biztosítási időszakra készített végleges elszámolás megküldésével [35. b) pont] egyidejűleg – az addigi információk alapján – megküldi a szerződő részére a következő biztosítási időszakra vonatkozó, **pontosított előzetes** biztosítási **díjat**.

37. A biztosítási időszakra vonatkozó végleges elszámolás megküldését [36. pont] követő **15 napon belül** – figyelemmel az esetleges következő biztosítási időszakra vonatkozó pontosított előzetes biztosítási díjra is – a szerződő felek az alábbiak szerint számolnak el egymással:

- ha a szerződőnek követelése van a biztosítóval szemben, és az nem haladja meg a következő díj(részlet) összegét, úgy a biztosító azt előre fizetett díjként kezeli;
- ha a szerződő követelése meghaladja a következő díj(részlet) összegét, úgy a biztosító a különbözetet 15 napon belül a szerződőnek átutalja;
- ha az elszámolás szerint a biztosítónak követelése van a szerződővel szemben, úgy a szerződő az elszámolás kézhezvételétől számított 15 napon belül a követelés összegét köteles a biztosítónak átutalni.

38. **Díjnemfizetés, illetve késedelmes díjfizetés** esetén a 20. b) pontban írottak az érvényesek.

IV. ÉRTÉKKÖVETÉS

39. Amennyiben a biztosítási összeg nem a biztosítottak jövedelmére vetítve lett meghatározva, akkor a szerződés fennállása alatti időszakra vonatkozóan a felek a szerződés megkötésekor előzetesen megállapodhatnak **ÉRTÉKKÖVETÉSBEN**, azaz a biztosítási összeg – és ehhez tartozóan a biztosítási díj megfelelő mértékű – rendszeres, biztosítási évfordulónkénti **emelésében**.

V. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

V.1 A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

40. A **biztosítási eseményt** annak a bekövetkeztétől számított **8 napon belül** a szerződőnek, vagy másodsorban a jogosultnak, írásban be kell jelentenie a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

41. A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti. A szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket a biztosító kamatmentesen teljesíti.

A szolgáltatás felvételére a szerződésben érvényesen megjelölt kedvezményezett(ek), ennek hiányában a biztosított, illetve örökös(ei) jogosult(ak).

42. A biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes szerződési feltételeknek megfelelően, a szolgáltatásra vonatkozóan rendelkezésre álló **legutolsó adatközlés tartalma** szerint nyújtja.

Az érintett biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a biztosító bekéri a szerződő féltől a szükséges adatokat, és kérheti a biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is.

43. A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított **2 év elteltével** a biztosításból eredő igények **elévülnek**.

V.2 A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

44. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak többek között az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:

- a) a szolgáltatási igény bejelentése;
- b) a díjfizetés igazolása;
- c) a szerződő igazolása a biztosított csoporttagságáról (többek között: munkaviszonyáról, foglalkoztatásáról, tagsági viszonyáról) és az érintett csoport létszámáról a biztosítási esemény bekövetkeztekor;
- d) jövedelemtől függő biztosítási összeg (l. 27.a), 26.a) pont) esetében a jövedelem kimutatása;
- e) az akut egészségügyi ellátás orvosi dokumentációja, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációja;
- f) kórházi ápolás esetén: a kórházi zárójelentés, az esetleges baleseti eredet igazolásával együtt;
- g) keresőképtelenség esetén: „Orvosi igazolás”, az esetleges baleseti eredet igazolásával együtt;
- h) elhalálozás esetén: a halotti anyakönyvi kivonat, a halál okát, esetleges baleseti eredetét igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány;
- i) munkahelyi baleset esetén: a munkahelyi baleseti jegyzőkönyv;
- j) baleseti sérülés esetén: a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások;

- k) munkaképesség csökkenés esetén: az Országos Orvosszakértői Intézet szakvéleménye a munkaképesség csökkenéséről és az ezt megállapító jogerős társadalombiztosítási határozat;
 - l) a biztosító által meghatározott egyéb, a kockázat eredeti vállalhatóságával, a káresemény igazolásával, a kárkifizetéssel összefüggő okiratok (így többek között: a születési dátum igazolása, orvosi igazolások, táppénzes lap, kórházi zárójelentés, a kedvezményezett személyi igazolványának másolata);
 - m) egyéb dokumentumok, amelyek a jogosultság (kedvezményezetttség), továbbá a biztosítási esemény és a szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.
45. Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése.
46. A biztosítási esemény igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

V.3 KIZÁRÁSOK; A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

KIZÁRÁSOK

47. A biztosító **kockázatviselési** köréből **kizárja** azon eseményeket, amelyek
- a) közvetlenül összefüggésben állnak háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással;
- továbbá közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak
- b) radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
 - c) HIV fertőzéssel;
 - d) különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, bűvázkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint motoros meghajtású szárazföldi, vízi, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó, és egyéb, rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
 - e) repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett polgári légi utasforgalomban.
48. A biztosító a **balesetbiztosítási** események köréből továbbá **kizárja**
- a) a biztosított elme- vagy tudatzavarával, illetve öngyilkossággal vagy annak kísérletével okozati összefüggésben bekövetkező baleseteket;
 - b) a biztosított személy bármely okból maradandóan károsodott vagy nem ép testrészeit ért korábbi baleseti eredetű sérüléseit;
 - c) a napszúrás, hőguta, napsugár általi égés, fagyás okozta károsodásokat;

- d) a gyógykezelés- vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokat (kivéve, ha annak igénybevételére a szerződés hatálya alá tartozó baleseti esemény miatt volt szükség);
- e) a balesettel összefüggésbe nem hozható fertőzéseket, az Európában nem honos fertőzősekből, a rovarok csípéseitől származó betegségeket;
- f) a szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket, ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is;
- g) a hasi- vagy altesti sérvet (megemelés), ha az balesettel nincs okozati összefüggésben;
- h) a porcsérüléseket, rándulásokat, ficamokat továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket;
- i) a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett baleseteket;
- j) a biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben bekövetkező baleseteket, továbbá azt, ha a baleset a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben következett be.

MENTESÜLÉS

49. A **közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése** esetében a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor, illetve a szerződés módosításakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
50. Valamely biztosított vonatkozásában a biztosító mentesül a haláleseti, illetve betegségi szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosított halála, illetve betegsége
- a) a **kedvezményezett szándékos magatartása** folytán, vagy
 - b) a biztosítottnak a szerződésbe való belépésétől számított két éven belüli **öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete** miatt következett be.
- A két éven belüli öngyilkosság akkor is mentesülést eredményez, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el.
51. A biztosító mentesül a baleseti, illetve betegségi szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet, illetve a betegséget a biztosított szándékos vagy **súlyosan gondatlan magatartása** idézte elő.
- Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen az a baleset, amely a biztosított
- a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, vagy
 - b) súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotában, vagy
 - c) bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán, vagy

d) érvényes jogosítvány nélküli, vagy 0,8 ezrelékes véralkohol szintet elérő ittaság melletti, és egyéb közlekedési szabályt is megsértő gépjárművezetése közben következett be.

52. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a szolgáltatásra jogosult vagy a szerződő **a biztosítási eseményt** a megadott határidőn (40. pont) belül **nem jelenti be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

53. A biztosító **mentesülése esetén** a szerződőt **a biztosítási díjból semmilyen visszatérítés** nem illeti meg.

VI. VEGYES RENDELKEZÉSEK

VI.1 AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

54. A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok kezelésére. A biztosító köteles az adatokat a megfelelő törvényi előírásoknak megfelelően megőrizni, és biztosítási titokként kezelni.

A **biztosítási titok** tekintetében a biztosító a Biztosítási törvény szerint jár el.

55. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezeteknek továbbíthatja**: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, rendészeti nyomozóhatóság vezetője, ügyészség, bíróság, hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, adóhatóság, nemzetbiztonsági szolgálat, Gazdasági Versenyhivatal, Pénzügyminisztérium, gyámhatóság, egészségügyi hatóság, valamint – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – más biztosító.

A szerződésre vonatkozó ajánlat, illetve nyilatkozat aláírásával a szerződő és biztosított hozzájárul, hogy adatait a biztosító külföldi biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy külföldi adatkezelő szervezethez továbbíthassa.

VI.2 PANASZOK BEJELENTÉSE

56. A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos **panaszokkal** az UNIQA Biztosító Rt. Vezérigazgatósága (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 76–78.) foglalkozik.

57. A biztosító **felügyeleti szerve**:
Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. (Postacím: 1535 Budapest, 114. Pf. 777)

58. A biztosítási szerződésekből származó igények érvényesítésére indított valamennyi perre kizárólagosan a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve – hatáskörtől függően – a Fővárosi Bíróság az illetékes.