



Feltételek

Raiffeisen Prémium
Kockázati életbiztosítás

Ügyfélértájékoztató

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási **ajánlatának megtétele előtt** figyelmesen olvassa el az igényei alapján Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatónkat és az életbiztosítás szerződési feltételeit.

Biztosítónk az UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

A **biztosításközvetítő** a Raiffesen Biztosításközvetítő Kft. (1087 Budapest, Hungária Krt. 40–44.)

A biztosító és a biztosításközvetítő **felügyeleti szerve:**

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. (1535 Budapest, 114., Pf. 777)

Ez a termékünk ún. kockázati életbiztosítás, melyben a biztosítási esemény a biztosított halála. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összeg kerül a kedvezményezett részére kifizetésre (Feltételek II. fejezete). A szerződés igény szerint kiegészítő baleset- és/vagy betegségbiztosítással bővíthető, melyek biztosítási eseményeit a kiegészítő biztosítások szerződési feltételei tartalmazzák.

A **szerződési feltételekben** szereplő információk könnyebb fellelhetőségét az alábbi összefoglalóval kívánjuk segíteni:

- A biztosítási szerződésre vonatkozó általános ismereteket, a biztosítási időszak és tartam fogalmát, valamint a kockázatviselés és a szerződés kezdetére és megszűnésére vonatkozó fontos tudnivalókat a feltételek I. sz. fejezete tartalmazza.

A szerződés szerződő általi **30 napon belüli felmondása** esetén a biztosító az I.5.18. pont szerint számol el a befizetett díjakkal. A szerződés későbbi **felmondása esetén** a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.

- A **díjfizetésre, értékkövetésre** (díjemelésre) vonatkozó feltételek a III. fejezetben szerepelnek.
- A szolgáltatás igénylésének feltételeit, a **szolgáltatások teljesítésének módját** a IV. fejezet foglalja össze.
- A biztosító mentesülésének feltételeiről, az alkalmazott **kizárásokról** az V. fejezet tájékoztat.

- A feltételekben és a szerződésben nem érintett kérdésekben a hatályos **magyar jogszabályok** az irányadók.

A szerződéssel kapcsolatos **adókötelezettségekről, kedvezményekről** elsősorban a személyi jövedelemadóról szóló (Szja.) törvény rendelkezik. Nem magánszemély szerződő esetén további előírásokat tartalmaz a társasági adóról szóló törvény, továbbá a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok.

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra:

- A biztosító jogosult a tudomására jutott, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggő személyes, egészségi és üzleti **adatok** – törvényi előírásoknak megfelelő – kezelésére, őrzésére. A biztosító köteles az adatokat biztosítási titokként kezelni. A biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével és az adatok továbbításával kapcsolatos tudnivalókat a VI.1. fejezet tartalmazza.

- Az ügyfelek adatait a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezetek továbbíthatja:** Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, nyomozóhatóság és ügyészség, bíróság, bírósági végrehajtó, hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, adóhatóság, nemzetbiztonsági szolgálat, Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv, viszontbiztosító, együttbiztosításban részt vállaló biztosító, állomány-átruházáskor az átvevő biztosító, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partner, országgyűlési biztos, a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szerv vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv.

- A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és biztosított hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító **külföldi biztosítóhoz, külföldi viszontbiztosítóhoz vagy külföldi adatkezelő** szervezetéhez továbbíthassa.

- A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos esetleges panaszait (szóban, írásban, telefonon is) előterjesztheti az UNIQA Biztosító Zrt. székhelyén (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) vagy Társaságunk cégjegyzék szerinti telephelyein. Amennyiben annak feltételei – a 2010. évi CLVIII. törvény 64. § (2) bekezdése alapján – fennállnak, panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnek (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) az eljárását kezdeményezheti; végső soron pedig bírósághoz is fordulhat.

A biztosítási szerződésből származó igények érvényesítésére indított valamennyi perre kizárólagosan a Székesfehérvári Városi Bíróság, illetve hatáskörtől függően a Fejér megyei Bíróság az illetékes.

Köszönjük, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

Kiegészítő biztosítások alapsomagjai

Balesetbiztosítás (Termékkód: 863)

Biztosítási esemény	Biztosítási összeg
Baleseti halál	1 000 000 Ft
100%-os rokkantság (10–100% közötti mértékű rokkantságnál arányos térítéssel)	1 000 000 Ft
Csonttörés	10 000 Ft
Kórházi napi térítés	4 000 Ft
Műtéti térítés	100 000 Ft

Betegségbiztosítás (Termékkód: 884)

Biztosítási esemény	Biztosítási összeg
80%-os mértéket elérő egészségkárosodás	1 000 000 Ft
Kiemelt kockázatú betegségek – szívizomelhalás (szívinfraktus) – rosszindulatú daganatos betegség – agyi érkatasztrófa – krónikus veseelégtelenség	200 000 Ft
Kórházi napi térítés	4 000 Ft
Műtéti térítés – nagy műtét (3. csoportú műtét) – közepes műtét (2. csoportú műtét) – kis műtét (1. csoportú műtét)	100 000 Ft 50 000 Ft 20 000 Ft

Raiffeisen Prémium

Kockázati életbiztosítás

Termékkód: 702

KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS	1
I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK	1
I.1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI	1
I.2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE	1
I.3. A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE	1
I.4. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE	1
I.5. A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE, FELMONDÁSA	2
I.6. MARADÉKJOGOK	2
I.7. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG	2
II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, SZOLGÁLTATÁS	2
III. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ	2
III.1. A BIZTOSÍTÁS DÍJA	2
III.2. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI	2
III.3. ÉRTÉKKÖVETÉS	3
IV. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE	3
IV.1. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI	3
IV.2. A KIFIZETÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK	3
V. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK	3
V.1. MENTESÜLÉS	3
V.2. KIZÁRÁSOK	4
VI. VEGYES RENDELKEZÉSEK	4
VI.1. AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA	4
VI.2. ADÓZÁSSAL KAPCSOLATOS JOGSZABÁLYOK	4
VI.3. KÖTVÉNYKÖLCSÖN	4
VI.4. HITELFEDEZET	4
VI.5. A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE	4
VI.6. PANASZOK BEJELENTÉSE	4
KIEGÉSZÍTŐ BALESETBIZTOSÍTÁS	5
KIEGÉSZÍTŐ BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS	8

Jelen biztosítási feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban biztosító – azon életbiztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

I.1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében a szerződésben meghatározott szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget.
2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését vállalja.
A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.
A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor tekinti joghatályosnak, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **írásban** eljuttatták.
A biztosító nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosítót tájékoztatni.
3. A **BIZTOSÍTOTT** az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.
A szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított **írásbeli hozzájárulása is szükséges**.
Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőtől gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
A **biztosított** a szerződő beleegyezésével bármikor a **szerződő helyébe léphet**. Erre lehetősége van abban az esetben is, ha a szerződés felmondás vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnne.
A belépéshez a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozat szükséges.
4. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Kedvezményezettként több személy is megnevezhető.
A kedvezményezettet a szerződő jelölheti meg, de ahhoz a biztosított hozzájárulása is szükséges. A kedvezményezett a biztosított életében bármikor megváltoztatható.
A kedvezményezett jelölése és annak megváltoztatása **akkor lép hatályba**, amikor a szerződő és a biztosított **írásbeli nyilatkozata** a biztosítóhoz beérkezik.

Amennyiben a szerződésben kedvezményezettet nem neveztek meg, illetve a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghalt, és helyette mást nem jelöltek meg, a kedvezményezett maga a biztosított, illetve a haláleseti szolgáltatásra a biztosított örököse.

I.2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

5. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő írásbeli **AJÁNLATTAL** kezdeményezi.
6. A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot** és orvosi vizsgálatot is kérhet.
7. A szerződés úgy **jön létre**, hogy a biztosító az ajánlat, a hozzá tartozó nyilatkozatok és egyéb szükséges dokumentumok alapján **kockázatelbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadott nyilatkozatot (**KÖTVÉNY**) állít ki.

8. A biztosítónak jogában áll az ajánlaton szereplőnél magasabb díjat megállapítania, illetve az ajánlatot egyéb **módosításokkal elfogadnia**. Amennyiben a biztosítási díj, illetve biztosítási összeg módosítása az 5%-ot meghaladja, illetve egyéb lényeges eltérés esetén a biztosító erre 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.

9. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot, annak – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységéhez történő – beérkezését követő **15 napon belül** indoklás nélkül **elutasítani**.
10. A szerződés akkor is létrejön, ha a **biztosító** az ajánlatra, annak beérkezését követő **tizenöt napon belül nem nyilatkozik**.
11. A **SZERZŐDÉS KEZDETE ÉS LEJÁRATA** a kötvényen ekként megjelölt napok. A biztosítás **TARTAMA** a kezdet és lejárat közötti időszak.
12. A **BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ** a kötvényen a biztosítás kezdeteként megjelölt hónap és nap szerinti évforduló. A **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a biztosítási évfordulókhoz igazodó egy éves időtartam (**BIZTOSÍTÁSI ÉV**).

I.3. A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE

13. A biztosítás az azt követő nap kezdetével lép hatályba, amikor a szerződő az **első díjat** megfizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

I.4. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE

14. A biztosító kockázatviselése a biztosítási **szerződés hatályba lépésével egyidejűleg** kezdődik.
15. A biztosító az orvosi vizsgálat nélkül létrejött szerződésekre a kockázatviselés kezdetétől számított **6 hónap VÁRAKOZÁSI IDŐT** köt ki. A várakozási idő alatt a biztosító csak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett balesetből eredő biztosítási eseményekre vállalja a kockázatot. Amennyiben a várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény nem baleset következménye, a szerződés szolgáltatás kifizetése nélkül megszűnik, és a biztosító a befizetett díjakat visszatéríti.
16. **BALESET** a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, melynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy egészségkárosodást szenved.

I.5. A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE, FELMONDÁSA

17. A biztosítási szerződés (és a biztosító kockázatviselése) az alábbi esetek bármelyikének következtében **megszűnik**
 - a biztosított halálával;
 - a szerződés lejáratával;
 - díj nemfizetés esetén (*III.2.36. pont*);
 - a szerződés felmondásával;
 - egyéb, a feltételekben (*18. és I.7.24. pontokban*) meghatározott esetekben.
18. Amennyiben a szerződő természetes személy, és a biztosítást önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenységi körén kívül kötötte, jogában áll a szerződést az annak létrejöttéről szóló tájékoztató (**kötvény**) **kézhzvévételétől számított 30 napon belül indoklás nélkül felmondani**.
Ez esetben a szerződő a szerződő írásbeli nyilatkozatának beérkezését követő 15 napon belül – költségei levonása után –

visszautalja a befizetett díjakat. A díjból a szerződés elbírálási, nyilvántartási és kötvényesítési költségeire összesen 10000 Ft, továbbá az esetlegesen elvégzett orvosi vizsgálat költségei kerülnek levonásra.

19. A szerződő a biztosítási tartamon belül – a biztosítási évfordulóval – felmondhatja a szerződést. A felmondást legalább 30 nappal az évforduló előtt, írásban kell megtenni. A szerződés felmondása esetén – a 18. pontban szereplő eset kivételével – a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg, a szerződő a befizetett díjból semmilyen visszatérítésre nem tarthat igényt.

I.6. MARADÉKJOGOK

20. A szerződés **maradékjogokkal nem rendelkezik**, azaz nincs visszavásárlási összege és díjmentes leszállítás sem igényelhető.

I.7. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

21. A szerződőt és biztosítottat egyaránt **KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG** terheli, melynek értelmében a **szerződéskötéskor** kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett.

A közlési kötelezettség **szerződésmódosításkor**, így különösen a *III.3.40. pontban* meghatározott értékkövetéskor is terheli a biztosítottat és a szerződőt.

A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

22. A biztosító jogosult a közölt **adatok ellenőrzésére**, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, és orvosi vizsgálatot is előírhat.

23. A biztosított az ajánlat aláírásával felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló hatályos törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket (többek között háziorvos, társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

24. Ha a **biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást** a szerződés elfogadását érintő, a szerződés hatályba lépését megelőzően már fennállott lényeges körülményekről, továbbá ha szerződésben meghatározott **lényeges körülmények változása** közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30. napon megszűnik.

25. A szerződő és a biztosított köteles **5 munkanapon belül** írásban bejelenteni a szerződésben rögzített **adatainak** (különös tekintettel: lakcím, név) **megváltozását**.

26. A szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt **15 napon belül** köteles írásban bejelenteni a biztosított foglalko-

zásának, szabadidős tevékenységének a vállalt kockázat (például balesetveszély) szempontjából történő **lényeges megváltozását**.

II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, SZOLGÁLTATÁS

27. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a biztosítottnak a biztosító kockázatviselése alatt bekövetkező **halála**.

28. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az **aktuális biztosítási összeg** kerül a kedvezményezett részére kifizetésre és a szerződés megszűnik.

Amennyiben a biztosított a szerződés lejáratakor életben van, a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.

29. A kezdeti biztosítási összeget a szerződő az ajánlattételkor határozza meg. Az egyes biztosítási évekre érvényes aktuális biztosítási összeg az esetleges értékkövetés eredményeként növelt biztosítási összeg.

30. A szerződés **többlethozam jóváírására (nyereségrészesedésre) nem jogosít**.

III. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

III.1. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

31. A biztosító a szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **BIZTOSÍTÁSI DÍJ** ellenében vállalja. A díj a szerződés lejáratáig, illetve a biztosított korábbi haláláig esedékes.

32. A biztosítás **FOLYAMATOS (rendszeres)** díjfizetésű lehet.

33. A szerződés **első díja** az ajánlattételkor esedékes. A biztosító az első díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. Amennyiben a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget – a biztosítási kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a szerződőnek.

34. A szerződés **folytatólagos díjai** minden biztosítási évre a biztosítási évfordulókon, **előre esedékesek**.

A biztosító hozzájárulhat az **éves díj részletekben történő fizetéséhez**. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján, előre esedékesek.

A biztosító a biztosítási évre esedékes teljes díjat az esetben is követelheti, ha a szerződés valamely okból a biztosítási éven belül szűnne meg.

35. A **díjfizetés gyakoriságát** a szerződő a biztosítási évfordulókon megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését az évforduló előtti 45. napig írásban jelzi a biztosítónak, és a biztosító ahhoz hozzájárul.

III.2. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

36. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor **nem egyenlíti ki**, a biztosító a kockázatot az első elmaradt díj esedékességétől számított **60 napig** viseli. Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díjfizetést pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a biztosító **kockázatviselése** és a **biztosítási szerződés** a határidő leteltével **megszűnik**.

37. A szerződő – a biztosított életbenléte esetén – a **biztosító előzetes hozzájárulásával** az első elmaradt díjesedékességtől számított 60 napon túl, de **6 hónapon belül** – késedelmi kamataival együtt – pótolhatja az elmaradt díjakat.

A biztosító a hozzájárulását újabb kockázatbírálás eredményétől is függővé teheti.

A biztosító kockázatviselése (az eredeti tartalommal és összeggel) a teljes **hátralék befizetését** követő nap 0. órájától kezdődik újra (**REAKTIVÁLÁS**).

Reaktiválásra a szerződés tartamán belül legfeljebb két alkalommal van lehetőség.

III.3. ÉRTÉKKÖVETÉS

38. Az értékkövetés a **biztosítási összeg** (szolgáltatás) – **díj-emelés vállalása ellenében** történő – növelése.

A biztosító az értékkövetés mértékének meghatározásánál a KSH fogyasztói árindexét és a várható inflációt is figyelembe veszi.

A szolgáltatás növeléséhez szükséges díjnövekmény (illetve a díjemeléshez tartozó szolgáltatás-növekmény) megállapítása úgy történik, hogy a szolgáltatás és a díj változása egymásnak – biztosításmatematikai elvek alapján – megfelelően.

39. A biztosító a szolgáltatás, illetve díj emelésére (indexálásra) évente egyszer, a **biztosítási évfordulóval** tehet ajánlatot, melyről a biztosítási időszakot megelőző 45. napig küld értesítést.

A **szerződőnek jogában áll** az emelést a biztosítási időszaktól megelőző 30. napig írásban **visszautasítania**. Amennyiben a szerződő a megadott határidőig nem utasítja vissza az emelést, a szerződés az értesítésnek megfelelően módosításra kerül. Az új szolgáltatás, az ún. **aktuális biztosítási összeg** az emelt díj befizetésével válik érvényessé.

40. Amennyiben a szerződő a biztosító által meghatározottnál **nagyobb mértékű emelést** kér, a biztosítónak jogában áll azt elutasítania, vagy annak elfogadásáról újabb egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat alapján dönteni. Az emelés akkor válik elfogadottá, ha azt a biztosító írásban visszaigazolja a szerződőnek.

41. Amennyiben a szerződő két egymást követő évben **visszautasítja az értékkövetést**, úgy a biztosító a továbbiakban eltekinthet a szerződés díjának emelésére vonatkozó ajánlatától. Amennyiben a szerződés értékkövetését a későbbiekben a szerződő kezdeményezné, a biztosítónak jogában áll azt visszautasítani, vagy az elfogadást újabb kockázatbírálás eredményétől függővé tenni.

IV. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

IV.1. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

42. A **biztosítási eseményt** a bekövetkeztétől számított **8 napon belül írásban** be kell jelenteni a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

43. A biztosító a kifizetést az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti.

A biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.

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

IV.2. A KIFIZETÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

- elhalálozás esetén a halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
- a jogosultság (kedvezményezettség), továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükséges egyéb okiratokat;
- a biztosítási kötvényt és – a biztosító kérésére – a díjfizetés igazolását.

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. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK

V.1. MENTESÜLÉS

47. 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; vagy
- a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

48. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott határidőn belül nem jelentik be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

49. A biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a **kedvezményezett szándékos magatartása** következtében vesztette életét.

50. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított
- szándékosan elkövetett **súlyos bűncselekménye** folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
 - a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett **öngyilkossága** következtében halt meg.

51. **Mentesül** a biztosító a **baleseti eseményekre** meghatározott szolgáltatások teljesítése alól, ha a balesetet a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen az a baleset, amely a biztosított

- súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával, vagy
- bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével, vagy
- érvényes jogosítvány nélküli vagy 0,8 ezrelékes véralkohol szintet elérő ittasság melletti, és egyéb közlekedési szabályt is megsértő gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be.

52. Ha a biztosító bármely okból mentesül a biztosítási összeg alól, a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.

V.2. KIZÁRÁSOK

53. A biztosító kizárja kockázatviselési köréből azon eseményeket, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:
- HIV fertőzéssel;

- radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, búvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
- repülés (többek között ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés) közben bekövetkezett eseményekkel, kivéve ha a repülés utasként, pilótaként, személyzetként való részvétel formájában történt a szervezett légi utasforgalomban;
- háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel;
- a biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményekkel.

54. Ha a biztosított halálát közvetlenül, vagy közvetve valamely **kizárt kockázat** okozta, a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.

VI. VEGYES RENDELKEZÉSEK

VI.1. AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

55. A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – kezelésére, őrzésére. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

BIZTOSÍTÁSI TITOK minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

56. A **biztosítási titok** tekintetében a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvény szerint jár el. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha – a biztosító, biztosításközvetítő, illetve a biztosítási szaktanácsadó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkör pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

– e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

57. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi helyekre továbbíthatja**: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, nyomozóhatóság és ügyészség, bíróság, bírósági végrehajtó, hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, adóhatóság, nemzetbiztonsági szolgálat, Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság, titkosszolgá-

lati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv, viszontbiztosító, együttbiztosításban részt vállaló biztosító, állomány-átruházáskor az átvevő biztosító, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partner, országgyűlési biztos, a pénzmoss megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szerv vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv.

58. A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és biztosított hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító külföldi biztosítóhoz, külföldi viszontbiztosítóhoz vagy külföldi adatkezelő szervezethez továbbíthassa.

VI.2. ADÓZÁSSAL KAPCSOLATOS JOGSZABÁLYOK

59. A szerződéssel kapcsolatos esetleges adókedvezményről és adókötelezettségről a személyi jövedelemadóról szóló törvény (Szja. tv.) rendelkezik. Nem magánszemély szerződő esetén az adókötelezettségről rendelkező Szja. tv. mellett a társasági adóról szóló törvény és a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok további előírásokat is tartalmaznak.

VI.3. KÖTVÉNYKÖLCSON

60. A jelen szerződésre kötvénykölcson nem nyújtható.

VI.4. HITELFEDEZET

61. A biztosító a szerződést a szerződő kérésére – külön megállapodás alapján – **hitelfedezeti záradékkal** láthatja el. Ez esetben a záradékban megjelölt szolgáltatásokra a biztosítás elsődleges kedvezményezettje a hiteltartozás erejéig a megjelölt pénzügyi intézményhez.

VI.5. A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE

62. A **biztosítási kötvény elvesztése** vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő (biztosított) kérésére a szerződés aktuális állapotának megfelelő új kötvényt állít ki, vagy az eredeti kötvény másolatát megküldi a szerződőnek. A biztosító kérheti az új kötvény kiállítás költségeinek megtérítését.

VI.6. PANASZOK BEJELENTÉSE

63. A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos esetleges panaszait (szóban, írásban, telefonon is) előterjesztheti az UNIQA Biztosító Zrt. székhelyén (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) vagy Társaságunk cégjegyzék szerinti telephelyein. Amennyiben annak feltételei – a 2010. évi CLVIII. törvény 64. § (2) bekezdése alapján – fennállnak, panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnek (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) az eljárását kezdeményezheti; végső soron pedig bírósághoz is fordulhat. A biztosítási szerződésből származó igények érvényesítésére indított valamennyi perre a magyar Polgári perrendtartás szabályai az irányadók. A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a Társaságunk székhelyén és telephelyein megtalálható Panaszkezelési szabályzatból, mely elérhető a www.uniqa.hu honlapon is.

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

Jelen biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. azon szerződéseire érvényesek, melyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. A kiegészítő balesetbiztosítás csak a biztosító által megjelölt alapbiztosításokhoz köthető meg, és azokkal tartható fenn. Az itt nem részletezett fogalmakat, illetve feltételeket az alapbiztosítás feltételei tartalmazzák. Amennyiben a jelen feltételek az alapbiztosítástól eltérően rendelkeznek, úgy a jelen feltételekben írottak a mérvadók.

I. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSSAL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

1. A kiegészítő biztosítás **szerződője** az alapbiztosítás szerződőjével azonos.
2. A kiegészítő biztosítás **biztosítottja** az alapbiztosítás biztosítottjával azonos.
A kiegészítő biztosítás **nem köthető meg** olyan személyre, akinek részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat állapítottak meg, akinek baleseti járadékot vagy rehabilitációs járadékot folyósítanak, illetve aki ezekre irányuló kérelmet nyújtott be.
3. A kiegészítő biztosítás **kedvezményezettje** – amennyiben az ajánlaton a kiegészítő biztosításra más kedvezményezettet nem jelöltek meg – a biztosított életben léte esetén a biztosított, a biztosított halála esetére pedig az alapbiztosítás haláleseti kedvezményezettje.
4. A kiegészítő biztosítás létrejöttére, kockázatviselésének kezdetére az alapbiztosítás feltételei vonatkoznak.
5. A kiegészítő biztosítás lejáratát megegyezik az alapbiztosítás lejáratával.
6. A kiegészítő biztosítás (és a biztosító kockázatviselése) megszűnik
– az alapbiztosítás megszűnésekor, beleértve a díjnemfizetés miatti megszűnést is;
– a biztosított 65. születésnapját követő biztosítási évfordulót megelőző nap végével.

A kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulóra mondható fel. A felmondást legalább 30 nappal az évforduló előtt, írásban kell megtenni.

II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK, SZOLGÁLTATÁSOK

7. **BALESET** a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy egészségkárosodást szenved.
8. Biztosítási eseménynek minősülnek a biztosított – **kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett** – balesete miatt bekövetkező, a jelen fejezetben részletezett események.
9. A kiegészítő balesetbiztosítás biztosítási eseményeihez tartozó **biztosítási összegeket** – a megadott biztosítási csomag szorzójának megválasztásával – a szerződő az **ajánlat-tételkor** határozza meg.

II.1. BALESETI HALÁL

10. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a **baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül történő elhalálása**.
11. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az erre a biztosítási eseményre érvényes biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

II.2. BALESETI ROKKANTSÁG

12. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított **legalább 10%-os mértéket elérő maradandó egészségkárosodása (rokkantsága)**.
13. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az erre az eseményre megjelölt **biztosítási összegnek a megállapított maradandó egészségkárosodással arányos részét fizeti ki a biztosító**.
Amennyiben a kiegészítő biztosítás tartamán belül több biztosítási esemény következett be, vagy ugyanazon baleset több, különböző funkciócsökkenést eredményezett, a megállapított egészségkárosodások (rokkantságok) százalékos mértékei összeadódnak, de a **biztosító szolgáltatása – a kiegészítő biztosítás teljes tartamán belül összességében – nem haladhatja meg a 100%-os egészségkárosodási mértéknek megfelelő szolgáltatási összeget**.
14. Baleseti eredetű **MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS (ROKKANTSÁG)** a biztosított közvetlenül baleseti eredetű anatómiai elváltozással járó végleges funkciókárosodása, végleges egészségkárosodása, testi vagy szellemi teljesítőképességének végleges csökkenése.
15. A bekövetkezett végleges **egészségkárosodás százalékos mértéke** a felsorolt testrészek és érzékszervek elvesztése vagy funkcióképtelensége esetén, az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató mértékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelőképesség teljes elvesztése	5%
Egy kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	70%
Egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	65%
Egy kar könyökízület alattig való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Hüvelykujj elvesztése	20%
Mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Egy láb combközép fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	70%
Egy láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működőképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alattig történő elvesztése	45%
Lábfej elvesztése	40%
Nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%

Testrészek vagy érzékszervek részleges elvesztése vagy funkciócsökkenése esetén a biztosító a táblázat megfelelően csökkentett értékeit veszi figyelembe.

A táblázatban nem szereplő esetekben a biztosító orvosszakértője állapítja meg, hogy a biztosított normál testi vagy szellemi teljesítőképessége milyen mértékben károsodott. A biztosító orvosszakértőjének megállapítása független minden más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők, intézmények megállapításától.

Amennyiben a baleset során olyan funkciók, testrészek károsodnak, melyek működőképessége már a baleset előtt csökkent volt, akkor az egészségkárosodási szolgáltatásra való jogosultság megállapításánál az előzetes rokkantság százalékos mértéke levonásra kerül.

16. A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét legkorábban a balesetet követő 30 nap elteltével, legkésőbb, **illetve véglegesen a balesetet követő 2 év elteltével állapítja meg.** Ha a baleset következtében a biztosított 30 napon belül meghal, az egészségkárosodási szolgáltatás nem igényelhető. Ha a biztosított 30 nap után, de még azelőtt meghal, hogy a biztosító a végleges egészségkárosodás mértékét megállapította volna, a biztosító a szolgáltatást a rendelkezésre álló orvosi dokumentumok alapján határozza meg.

II.3. CSONTTÖRÉS

17. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított **csonttörése.**
18. Jelen feltételek szempontjából **nem minősülnek csonttörésnek a csontrepedések és a fogtörések.**
19. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az erre a biztosítási eseményre érvényes biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

Az egy balesetből fakadó többszörös vagy több csontot érintő csonttörés egy biztosítási eseménynek számít.

II.4. KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS

20. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete miatt szükséges **folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése, amennyiben annak időtartama legalább 4 nap.**
21. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az erre a biztosítási eseményre érvényes biztosítási összeg (napi térítés) ápolási napoknak megfelelő többszörösét fizeti ki a biztosító.
A biztosító **egy biztosítási éven belül összesen legfeljebb 90 kórházi ápolási napra** térít.
22. A jelen feltételek szempontjából **KÓRHÁZNAK MINŐSÜL** az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság vagy szakmai felügyelet – Magyarországon a magyar tisztiorvosi szolgálat – által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet.

Jelen biztosítás szempontjából **nem minősülnek kórháznak** – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábító-

szerelvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.

23. **KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS** a jelen feltételek értelmében minden olyan, kórházban történő, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, legalább 24 óras folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelést szükségessé tevő orvosilag indokolt gyógykezelés, amely megbetegedés megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából a biztosított közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára irányul.

Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés a biztosított baleseti eredetű, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése. A folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időtartamának számításánál minden érintett nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges haláleset napja is. A kockázatviselés tartamán esetlegesen túlnyúló napok nem kerülnek figyelembevételre.

Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén annak indokoltságát a biztosító felülvizsgálhatja és a napi térítési összeg folyósításáról az indokoltságnak megfelelően dönthet.

II.5. MŰTÉTI TÉRÍTÉS

24. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítotton a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan **műtét, amely** a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **balesete miatt vált szükségessé.**
25. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az erre a biztosítási eseményre érvényes biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.
Abban az esetben, ha egy műtét több szervet vagy testrészt érint, a műtėti beavatkozás egy biztosítási eseménynek minősül.
26. A jelen feltételek szempontjából **MŰTÉTNEK** minősül minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre.

A jelen feltételek szerint **nem minősülnek műtétnek** többek között:

- azok a kórházi fekvőbeteg gyógykezelést nem igénylő, vagy diagnosztikus céllal végzett beavatkozások, melyeknek műtėti megoldását követően a gyógyulási időtartam 30 napon belüli;
- a kizárólag csőtükrözéssel végzett műtėti és terápiás eljárások;
- a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Tagozatának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása szerinti 0. csoportba sorolt beavatkozások.

A jelen feltételekhez tartozó teljes körű műtėti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján (www.uniq.hu) tekinthető meg, melyet kérésre a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát. Amennyiben az elvégzett beavatkozás a műtėti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

III. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

III.1. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

27. A kiegészítő biztosítás díját a választott biztosítási összegek határozzák meg. A díjat befolyásolhatja egyéb mellett a biztosított foglalkozása, munkahelyi és szabadidős tevékenysége, egészségi állapota is.
28. A kiegészítő biztosítás díját az alapt biztosítással egyidejűleg, azzal azonos módon és gyakorisággal kell megfizetni.

III.2. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

29. Ha az alap- és kiegészítő biztosítás teljes díja az esedékeségtől számított 60 napon belül – egyértelműen azonosítható módon – nem érkezik be a biztosító számlájára, **a biztosító a kockázatot a kiegészítő biztosításra az elmaradt díj esedékességétől számított 60 napig viseli.** Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díj fizetést pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a kiegészítő biztosítás – az alapt biztosítással egyidejűleg – megszüntetésre kerül.
30. Amennyiben a díj nem fizetés miatt megszüntetett alapt biztosítás reaktiválásra kerül, a kiegészítő biztosítás kockázatviselése – új kockázatelbírálás után, a biztosító írásos beleegyezésével – az alap- és kiegészítő biztosítás elmaradt teljes díjának beérkezését követő nappal újratekődik.

III.3. ÉRTÉKKÖVETÉS

31. A kiegészítő biztosítás – szerződéskötéskor megjelölt – biztosítási összegeit és díját az **alapt biztosítás értékkövetése nem módosítja.**
32. Amennyiben a biztosító a biztosítási évfordulóval – az alapt biztosítással egyidejűleg – kezdeményezi a kiegészítő biztosítás értékkövetését is, a kiegészítő biztosítás biztosítási összegeinek és emelt díjának meghatározása az alapt biztosítás értékkövetésétől függetlenül történik.
33. A szerződőnek jogában áll a kiegészítő biztosítás biztosító által javasolt értékkövetését a biztosítási időszakot megelőző 30. napig írásban visszautasítani. Amennyiben a szerződő ezt a megadott határidőig nem utasítja vissza, a szerződés az értesítésnek megfelelően módosításra kerül.

IV. A SZOLGÁLTATÁSOK TEJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

34. A szolgáltatás teljesítésének feltételeire, határidejére és a teljesítéshez szükséges dokumentumokra az alapt biztosításban foglaltak érvényesek, az alábbi kiegészítésekkel, illetve eltérésekkel.
35. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az alábbi iratokat is be kell bemutatnia, illetve átadnia:
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket;
 - az egészségügyi ellátás és gyógykezelés teljes körű orvosi dokumentációját (többek között a kórházi zárójelentést, ambuláns lapot, vizsgálati leleteket stb.).

Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított orvosi vizsgálatát is, amelynek elvégzéséhez a biztosítónak jogában áll orvosszakértőt kijelölni.

V. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK

36. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosított **szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásával** összefüggésben következett be, a biztosító az alapt biztosítás feltételeiben meghatározottakon túl a kiegészítő balesetbiztosítás szolgáltatásainak teljesítése alól is mentesül.
37. A biztosító a kockázatviseléséből – az alapt biztosítás feltételeiben felsoroltak mellett – az alábbi eseményeket is **kizárja**:
- szilárd, légnemű, folyékony anyagok szándékos bevétele, belégzése miatti esemény;
 - napszúrás, hőséguta, napsugár általi égés, továbbá fagyás következménye, ha az balesettel nincs okozati összefüggésben;
 - hasi-, altesti sérv, megemelés, porckorong sérülés, sérveseedés, nem baleseti eredetű vérzés, agyvérzés következménye, ha a balesettel nincsenek okozati összefüggésben;
 - a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett események.
38. Amennyiben a biztosított balesetét valamely kizárt kockázat okozta, a kiegészítő biztosításra szolgáltatás nem kerül teljesítésre.

VI. VEGYES RENDELKEZÉSEK

39. A kiegészítő biztosítás a befektetési hozamból való részesedésre nem jogosít.
40. A kiegészítő biztosítás maradékjogokkal, azaz visszavásárlási és díjmentesítési lehetőséggel nem rendelkezik.
41. A kiegészítő biztosításra kötvénykölcsön nem igényelhető.

Jelen biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. azon szerződéseire érvényesek, melyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. A kiegészítő betegségbiztosítás csak a biztosító által megjelölt alapt biztosításokhoz köthető meg, és azokkal tartható fenn. Az itt nem részletezett fogalmakat, illetve feltételeket az alapt biztosítás feltételei tartalmazzák. Amennyiben a jelen feltételek az alapt biztosítástól eltérően rendelkeznek, úgy a jelen feltételekben írottak a mérvadók.

I. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSSAL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

1. A kiegészítő biztosítás **szerződője** az alapt biztosítás szerződőjével azonos.
2. A kiegészítő biztosítás **biztosítottja** az alapt biztosítás biztosítottjával azonos.
A kiegészítő biztosítás **nem köthető meg** olyan személyre, akinek részére rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjat állapítottak meg, akinek baleseti járadékot vagy rehabilitációs járadékot folyósítanak, illetve aki ezekre irányuló kérelmet nyújtott be.
3. A kiegészítő biztosítás **kedvezményezettje** a biztosított.
4. A kiegészítő biztosítás létrejöttére, kockázatviselésének kezdetére az alapt biztosítás feltételei vonatkoznak, beleértve a várakozási időre vonatkozó kikötéseket is.
5. A kiegészítő biztosítás lejáratát megegyezik az alapt biztosítás lejáratával.
6. A kiegészítő biztosítás (és a biztosító kockázatviselése) megszűnik
 - az alapt biztosítás megszűnésekor, beleértve a díj nemfizetés miatti megszűnést is;
 - a biztosított 65. születésnapját követő biztosítási évfordulót megelőző nap végével.

A kiegészítő biztosítás a biztosítási évfordulóra mondható fel. A felmondást legalább 30 nappal az évforduló előtt, írásban kell megtenni.

II. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK, SZOLGÁLTATÁSOK

7. **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.
8. Biztosítási eseménynek minősülnek a biztosított – először a **kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált** – betegsége miatt bekövetkező, a jelen fejezetben részletezett események.
9. A kiegészítő betegségbiztosítás biztosítási eseményeihez tartozó **biztosítási összegeket** – a megadott biztosítási csomag szorzójának megválasztásával – a szerződő az ajánlatételkor határozza meg.

II.1. 80%-OS MÉRTÉKET ELÉRŐ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS

10. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a **kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett** balesete, betegsége miatt – az illetékes magyar társadalombiztosítási szerv jogerős határozatával – megállapított, legalább 80%-os mér-

tékű (TB I-II. fokozatú) azon egészségkárosodása, amelyet a biztosító orvosszakértője is elfogadott biztosítási eseményként.

Az egészségkárosodás mértékének elfogadását a biztosító orvosszakértője esetlegesen további orvosi vizsgálatok eredményétől is függővé teheti.

11. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a magyar társadalombiztosítási szerv határozatában szereplő nap.
12. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az erre a biztosítási eseményre érvényes biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

II.2. KIEMELT KOCKÁZATÚ BETEGSÉGEK

13. Biztosítási eseménynek minősül a biztosított egészségi állapotát súlyosan érintő, a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett alábbi események bármelyike:
 - a) szívizomelhalás (szívinfarktus),
 - b) rosszindulatú daganatos betegség,
 - c) agyi érkatasztrófa,
 - d) krónikus veseelégtelenség.
14. Az előző pontban megjelölt biztosítási események és azok bekövetkezése időpontjának meghatározása jelen feltételek szerint a következő:

a) Szívinfarktus

A szívizomzat bizonyos részének 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.

A biztosítási esemény időpontja a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont.

b) Rosszindulatú daganatos betegség

A szövettani atípiát jelező sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió), és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek:

- a rákelőző (precarcinóma) állapotok,
- a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
- a bőrrákok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
- a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.

A biztosítási esemény időpontja a betegség legkorábbi diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja.

c) Agyi érkatasztrófa

Az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és

maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett góctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.

Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.

A biztosítási esemény időpontja: a kezelőorvos által megállapított, és a biztosító orvosa által igazolt időpont.

d) Krónikus veseelégtelenség

Mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialízis-kezelésre szorul.

A biztosítási esemény időpontja a rendszeres dialízis-kezelés megkezdését követő 60. nap.

15. Nem terjed ki a kockázatviselés azon betegségekre, illetve későbbi ismétlődéseire vagy következményeire, melyekben a biztosított már a kockázatviselés kezdete előtt is szenvedett.
16. A biztosítási események bármelyike bekövetkezése esetén az erre a biztosítási eseményre érvényes biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.
17. A biztosító a 13. a)–d) pontok alatt meghatározott négy betegségcsoport valamelyikébe tartozó kiemelt kockázatú betegség esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó kiemelt kockázatú betegségekre még nem történt kifizetés.

II.3. KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS

18. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett betegsége miatt szükséges **folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése, amennyiben annak időtartama legalább 4 nap.**
19. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az erre a biztosítási eseményre érvényes biztosítási összeg (napi térítés) ápolási napoknak megfelelő többszörösét fizeti ki a biztosító.
A biztosító **egy biztosítási éven belül összesen legfeljebb 90 kórházi ápolási napra térít.**
20. A jelen feltételek szempontjából **KÓRHÁZNAK** minősül az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság vagy szakmai felügyelet – Magyarországon a magyar tisztiorvosi szolgálat – által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet.

Jelen biztosítás szempontjából **nem minősülnek kórháznak** – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, a geriatriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.

21. **KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS** a jelen feltételek értelmében minden olyan, kórházban történő, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, legalább 24 óras

folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelést szükségessé tevő orvosi indokolt gyógykezelés, amely megbetegedés megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából a biztosított közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára irányul.

Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés a biztosított betegségei eredetű, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése. A folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időtartamának számításánál minden érintett nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges haláleset napja is. A kockázatviselés tartamán esetlegesen túlnyúló napok nem kerülnek figyelembevételre.

Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén annak indokoltságát a biztosító felülvizsgálhatja és a napi térítési összeg folyósításáról az indokoltságnak megfelelően dönthet.

II.4. MŰTÉTI TÉRÍTÉS

22. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítotton a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan **műtét, amely** a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **betegsége miatt vált szükségessé** és amely a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Tagozatának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása (továbbiakban: **MABISZ-osztályozás**) szerint az 1-től 4-ig terjedő osztályokba tartozik.
23. A biztosító a műtéteket **3 csoportba** sorolja:
 - **1. csoportú** műtét a MABISZ-osztályozás szerint az 1. osztályba sorolt műtét,
 - **2. csoportú** műtét a MABISZ-osztályozás szerint a 2. osztályba sorolt műtét,
 - **3. csoportú** műtét a MABISZ-osztályozás szerint a 3. vagy 4. osztályba sorolt műtét.
24. A biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosító a **műtét időpontjában érvényes biztosítási összeg** alábbi százalékait fizeti ki:
 - a) 1. csoportú műtétek esetében: 20%,
 - b) 2. csoportú műtétek esetében: 50%,
 - c) 3. csoportú műtétek esetében: 100%.

Abban az esetben, ha egy műtét több szervet vagy testrészt érint, a műtéti beavatkozás egy biztosítási eseménynek minősül, és a biztosító arra a műtéti beavatkozásra fizet, amelyhez a **legmagasabb** szolgáltatási összeg tartozik.

25. A jelen feltételek szempontjából **MŰTÉT**nek minősül minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint orvosi indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre.
A jelen feltételek szerint nem minősülnek műtétnek többek között:
 - azok a kórházi fekvőbeteg gyógykezelést nem igénylő, vagy diagnosztikus céllal végzett beavatkozások, melyeknek műtéti megoldását követően a gyógyulási időtartam 30 napon belüli;
 - a kizárólag csőtükrözéssel végzett műtéti és terápiás eljárások;
 - a bőrelváltozások (pl. anyajegyek) és bőrdaganatok eltávolításai.
 - a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Tagozatának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása szerinti 0. csoportba sorolt beavatkozások.

A jelen feltételekhez tartozó teljes körű műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján (www.uniq.hu) tekinthető meg, melyet kérésre a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát. Amennyiben az elvégzett beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a biztosító orvosa állapítja meg.

III. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

III.1. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

26. A kiegészítő biztosítás díját a választott biztosítási összegek határozzák meg. A díjat befolyásolhatja egyebek mellett a biztosított foglalkozása, munkahelyi és szabadidős tevékenysége, egészségi állapota is.
27. A kiegészítő biztosítás díját az alapbiztosítással egyidejűleg, azzal azonos módon és gyakorisággal kell megfizetni.

III.2. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

28. Ha az alap- és kiegészítő biztosítás teljes díja az esedékeségtől számított 60 napon belül – egyértelműen azonosítható módon – nem érkezik be a biztosító számlájára, **a biztosító a kockázatot a kiegészítő biztosításra az elmaradt díj esedékességétől számított 60 napig viseli.** Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díjfizetést pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a kiegészítő biztosítás – az alapbiztosítással egyidejűleg – megszüntetésre kerül.
29. Amennyiben a díj nemfizetés miatt megszüntetett alapbiztosítás reaktiválásra kerül, a kiegészítő biztosítás kockázatviselése – új kockázatelbírálás után, a biztosító írásos beleegyezésével – az alap- és kiegészítő biztosítás elmaradt teljes díjának beérkezését követő nappal újratekődik.

III.3. ÉRTÉKKÖVETÉS

30. A kiegészítő biztosítás – szerződéskötéskor megjelölt – biztosítási összegeit és díját az **alapbiztosítás értékkövetése nem módosítja.**
31. Amennyiben a biztosító a biztosítási évfordulóval – az alapbiztosítással egyidejűleg – kezdeményezi a kiegészítő biztosítás értékkövetését is, a kiegészítő biztosítás biztosítási összegeinek és emelt díjának meghatározása az alapbiztosítás értékkövetésétől függetlenül történik.
32. A szerződőnek jogában áll a kiegészítő biztosítás biztosító által javasolt értékkövetését a biztosítási időszakot megelőző 30. napig írásban visszautasítani. Amennyiben a szerződő ezt a megadott határidőig nem utasítja vissza, a szerződés az értesítésnek megfelelően módosításra kerül.

IV. A SZOLGÁLTATÁSOK TEJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

33. A szolgáltatás teljesítésének feltételeire, határidejére és a teljesítéshez szükséges dokumentumokra az alapbiztosításban foglaltak érvényesek, az alábbi kiegészítésekkel, illetve eltérésekkel.
34. A biztosítási szolgáltatások igénybeviteléhez a szolgáltatásra jogosultnak az alábbi iratokat is be kell bemutatnia, illetve átadnia:
– a betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat;

– az egészségügyi ellátás és gyógykezelés teljes körű orvosi dokumentációját (többek között a kórházi zárójelentést, ambuláns lapot, vizsgálati leleteket stb.).

Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított orvosi vizsgálatát is, amelynek elvégzéséhez a biztosítónak jogában áll orvosszakértőt kijelölni.

V. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK

35. Amennyiben a biztosítási esemény a biztosított **szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásával** összefüggésben következett be, a biztosító az alapbiztosítás feltételeiben meghatározottakon túl a kiegészítő betegségbiztosítás szolgáltatásainak teljesítése alól is mentesül.
36. A biztosító a kockázatviseléséből – az alapbiztosítás feltételeiben felsoroltak mellett – az alábbi eseményeket is **kizárja**:
– a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezelések és a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, megromlott egészségi állapottal összefüggésbe hozható események;
– foglalkozási megbetegedések, azaz a munkavégzés, foglalkozás gyakorlása során megjelenő vagy kialakuló heveny és idült megbetegedések és azok következményei;
– gyógyszeres kezeléssel, drogfogyasztással, kábító hatású szerek fogyasztásával okozati összefüggésbe hozható esemény;
– gyógykezelés, gyógyászati beavatkozás következményei;
– olyan szubjektív panaszokra épülő betegségek, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei /polidiszkopátia/ és azok közvetett vagy közvetlen következményei);
– veleszületett betegségek, rendellenességek következményei;
– geriatrai és pszichiátriai kezelések;
– nem baleseti vagy betegségi ok miatti plasztikai műtétek vagy esztétikai kezelések;
– a nem megváltoztatása;
– a biztosított szülésével, császármetszésével, terhességével és terhesség-megszakításával kapcsolatos események;
– a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formájával összefüggésbe hozható események;
– fogászati kezelések, fogbeültetések, és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozások és következmények, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják.
– a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett események következményei.
37. Amennyiben a biztosítási eseményt valamely kizárt kockázat okozta, a kiegészítő biztosításra szolgáltatás nem kerül teljesítésre.

VI. VEGYES RENDELKEZÉSEK

38. A kiegészítő biztosítás a befektetési hozamból való részeseedésre nem jogosít.
39. A kiegészítő biztosítás maradékjogokkal, azaz visszavásárlási és díjmentesítési lehetőséggel nem rendelkezik.
40. A kiegészítő biztosításra kötvénykölcsön nem igényelhető.



Az UNIQA Biztosító Zrt. termékfejlesztési folyamata az ISO 9001:2008 minőségügyi szabvány szerint tanúsított folyamat.

További információval biztosítási tanácsadója készséggel áll rendelkezésére. Bizalommal fordulhat ezen túl az ország számos pontján megtalálható kirendeltségeinkhez is. Regionális központjaink:

Dél-magyarországi Régióigazgatóság

6000 Kecskemét, Csányi J. u. 1–3. · Tel.: +36 76 500-330

Észak-magyarországi Régióigazgatóság

3525 Miskolc, Széchenyi u. 3–9. · Tel.: +36 46 500-950

Dél-dunántúli Régióigazgatóság

7621 Pécs, Citrom u. 2. · Tel.: +36 72 513-850

Nyugat-magyarországi Régióigazgatóság

9024 Győr, Baross Gábor út 43. · Tel.: +36 96 504-985

Vezérigazgatóság

1134 Budapest, Róbert K. krt. 70–74.

Tel.: +36 1 5445-555, +36 20 5445-555, +36 30 5445-555, +36 70 5445-555

E-mail: info@uniqa.hu · Internet: www.uniqa.hu