

A jelen feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.), továbbiakban **biztosító**, azon csoportos diákbiztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek.

Az itt nem érintett kérdésekben a Ptk. és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

A biztosítási szerződés alanyai

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében, a szerződésben meghatározott szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget.

2. Az **INTÉZMÉNY** valamely iskola, nevelő- vagy gondozó intézet, oktatási intézmény, amely a biztosítottak, illetve – kiskorú biztosított esetén – törvényes képviselőjük által kitöltött **Ajánlatokon (Nyilatkozatokon)** – szereplő biztosítottakat és adataikat, a rájuk vonatkozó biztosítási csomagot és a díjfizetés tényét felvezeti a **Biztosított listára**, a Nyilatkozatokat és a Biztosított listát eljuttatja a biztosítóhoz, és a Biztosított listán szereplő biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjat a biztosító részére befizeti.

A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a biztosított, illetve – kiskorú biztosított esetén – a törvényes képviselő 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 az Intézménynek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról az Intézmény kötelessége a biztosította(ka)t, illetve – kiskorú biztosított esetén – törvényes képviselőjüket tájékoztatni.

3. A biztosítási szerződés **egyidejűleg egy vagy több, biztosítottakból álló csoportra** vonatkozik. A **CSOPORTOK** képzése a biztosítottak által választott eltérő szolgáltatási csomagok alapján történik.

BIZTOSÍTOTT az a 6–20 év közötti természetes személy, akit az Intézményben ellátnak, vagy azzal nappali tagozaton tanuló jogviszonyban áll, és akinek a személyére vonatkozóan a biztosító a kockázatot viseli.

4. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Az **életben léti** szolgáltatásokra a biztosított a kedvezményezett, kiskorú biztosított esetén a szolgáltatási összeget a biztosított törvényes képviselője jogosult felvenni. A szolgáltatási összeg felvevője köteles az összeggel úgy rendelkezni, hogy a biztosított érdekeit maximálisan figyelembe veszi.

Haláleseti kedvezményezettként több személy is megnevezhető az erre szolgáló külön nyomtatványon. Amennyiben ilyen személy nem kerül megnevezésre, a haláleseti kedvezményezett a biztosított örököse.

A szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Abban az esetben, ha bemutatóra szóló kötvényt állítottak ki, a kedvezményezett későbbi kijelölése akkor lép hatályba, ha a kötvényt megsemmisítették és új kötvényt állítottak ki.

Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezett-höz intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.

A biztosítási szerződés létrejötte

5. A biztosított a biztosítási szerződéshez a Nyilatkozat – kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő általi – kitöltésével és aláírásával csatlakozhat.

6. A szerződés a jelen **Biztosítási feltételekből**, a biztosítottak, illetve – kiskorú biztosított esetén – törvényes képviselőjük által kitöltött **Nyilatkozatokból** áll, melyet a **Biztosított listák** egészítenek ki.

7. A szerződés úgy **jön létre**, hogy a biztosító az Intézmény által a biztosítóhoz eljuttatott Nyilatkozatokat és a Biztosított listát befogadja. A biztosító a Nyilatkozatok befogadhatóságára vonatkozóan végezhet kockázatbírálást, melynek eredményeként a biztosított(ak)nak a biztosítási szerződéshez történő csatlakozását 15 napon belül indoklás nélkül elutasíthatja.

A biztosítási szerződés hatályba lépése

8. A biztosítási szerződés az azt követő napon – de legkorábban az adott naptári év szeptember 1-jén – **LÉP HATÁLYBA**, amikor a biztosítási díj a biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezik, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön. Az Intézmény a biztosítottakra vonatkozó, összesített biztosítási díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába legkésőbb az utolsó díj átvételét követő 5. napon köteles befizetni.

A Nyilatkozatok és a Biztosított lista hiánytalan beérkezésének napján a biztosító hozzájárul a díj Intézmény általi befizetésének legfeljebb 30 nappal történő **elhalasztásához**.

A biztosító kockázatviselése

9. A biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** a szerződés hatályba lépésével egyidejűleg kezdődik.

A biztosítás területi hatálya

10. A kockázatviselés **területi hatálya** a Föld valamennyi országa.

A szerződés tartama

11. A biztosítási szerződés határozott tartamú, **KEZDETE** minden évben szeptember 1., **LEJÁRATA** a következő év augusztus 31-e. A **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a szerződés kezdete és lejáratá közötti időszak.

A biztosítási szerződés és a kockázatviselés megszűnése

12. A biztosítási **szerződés** – ezzel a biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítottra – **megszűnik** a szerződés lejáratá napjának végével.

13. **Valamely biztosítottra vonatkozóan megszűnik** a kockázatviselés a biztosított halálának időpontjával.

Közlési és változás bejelentési kötelezettség a biztosítottak részére

14. A biztosítottat, illetve – kiskorú biztosított esetén – törvényes képviselőjét **KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG** terheli. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a biztosított, illetve – kiskorú biztosított esetén – törvényes képviselője a közlési kötelezettségének eleget tesz. Az Intézmény és a biztosított, illetve – kiskorú biztosított esetén – törvényes képviselője köteles a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé tenni.

Az Intézmény és a biztosított (illetve törvényes képviselője) köteles a szerződés szempontjából lényeges adatainak, jogállásának megváltozásáról a biztosítót 5 munkanapon belül írásban értesíteni. Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket az Intézmény vagy a biztosított (illetve törvényes képviselője) viseli.

II. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

A biztosító szolgáltatásához kapcsolódó fogalmak

15. A jelen feltétel hatálya alá tartozó biztosításoknál
- BALESETNEK** minősül a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, melynek következtében a biztosított meghal vagy egészségkárosodást szenved.
 - BALESETI (EREDETŰ) MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSNAK** minősül, ha a biztosított a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett baleset közvetlen következményeként – 2 éven belül megállapított – végleges testi károsodást szenved. A testi egészségkárosodás mértékét a biztosító orvos szakértője állapítja meg.
 - 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, továbbá az egyéb szociális intézmények.

- d) **MŰTÉTNEK** minősül minden olyan – orvos által, az orvosi szakma szabályai szerint végzett – sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a kór megállapítása céljából hajtottak végre. Az egyes műtétek csoportokba való tételes besorolása a biztosítónál tekinthető meg, melyet – kérésre – a biztosító írásban is az Intézmény, illetve a biztosított (kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő) rendelkezésére bocsát.

A baleseti műtétek csoportosításának elvei:

1. csoportú műtétnek minősülnek

- azok a többnyire kórházi felvételt nem igénylő ambuláns ellátással kezelhető esetek – általában ezek felületes lágyrész sérülések –, melyeknek műtéti megoldását követően a gyógyulási időtartam 30 napon belüli, és maradandó egészségkárosodás nem merül fel;
- a kizárólag csőtükrözéssel végzett diagnosztikus és terápiás eljárások.

2. csoportú műtétnek minősülnek

- a csukló, a kéz, a lábfej csontrendszerének, ízületeinek sérüléseinek a klinikai adatok alapján elvégzett akut műtéti megoldások;
- azok a diagnosztikus adatokkal megállapítható ín- és izomsérülések, valamint perifériás ér- és idegsérülések, melyeknek határa a felső végtagon az alkar-csuklóízület, az alsó végtagon a felső lábszár ugróízület vonala, és amelyek a szakmai irányelvekben megfogalmazottak szerint igazolást nyernek, és ellátásuk is a szabályokban rögzítettek szerint történik;
- a kéz- és lábujjak felétől perifériásan elhelyezkedő csonkolásos esetek;
- azok a csonttöréssel nem járó nagy kiterjedésű lágyrész sérülések, melyek 30 napon túli kórházi gyógykezelést tesznek szükségessé.

3. csoportú műtétnek minősülnek

- a felső és alsó végtagok nagy csöves csontjaihoz, ízületeihez kapcsolódó zárt és nyílt törések esetében alkalmazott megoldások, amelyeknél a csont helyzetételére és valamilyen stabilizáló eljárás elvégzésére van szükség;
- azok a nyílt törési formák, ahol műtéti sorozat végzése nem válik szükségessé;
- a II-III. fokú égési sérülések, ahol az égési felszín 10–30% között van, és a sérülés jellegéből adódóan műtéti megoldásokra, bőrpótló eljárások végzésére van szükség.

4. csoportú műtétnek minősülnek

- azok a beavatkozások, amelyekhez a szervezet zárt üregrendszerének műtéti feltárására van szükség (koponya, nyak, mellkas, has, medence, gerincoszlop);
- a végtagok csonkolásai, az ujj (ujjak) egészének eltávolítása, függetlenül attól, hogy ezek visszavarrására sor került-e vagy sem;
- a végtagok csöves csontjainak nyílt törései, ahol műtéti sorozat végzésére volt szükség;
- a II-III. fokú égési sérülések, ahol az égési felszín a testfelszín 31%-át meghaladja, és a sérülés jellegéből adódóan műtéti megoldásokra, bőrpótló eljárások végzésére van szükség.

16. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK a következők

Sérülések

a) *Csonttörés, csontrepedés, súlyos csonttörés, enyhe rokkantság*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű **baleset**, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnál

- csonttörést, csontrepedést vagy
- súlyos csonttörést, vagy
- 1–9% közötti maradandó egészségkárosodást okoz.

Jelen feltételek szempontjából **súlyos csonttörésnek** minősül a

- koponya csonttörés lágyrész sérüléssel együtt;
- gerincsont törés gerincvelő sérüléssel együtt;
- medencecsont törés;
- lábszár- és/vagy combcsont nyílt törése;
- alkar- és/vagy felkarcsont nyílt törése.

b) *Égési sérülés*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és melynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.

c) *Speciális diákbalesetek*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és az alábbiakban felsorolt valamely következménnyel jár

- kullancs által okozott Lime-kór vagy agyvelőgyulladás;
- vérmérgezés;
- mérgezés;
- a ÁNTSZ által megállapítottan közétkeztetésből eredő, orvosi beavatkozást igénylő ételmérgezés;
- a biztosított megtámadása (tettlegesség miatti testi sérüléssel járó személy elleni támadás, amennyiben az esetet követő 48 órán belül rendőrségi feljelentés történik).

MÉRGEZÉSNEK minősül, ha a méreganyag a szervezetbe kerülve a szervezet életfolyamatait sürgős orvosi beavatkozást igénylő módon átmenetileg vagy tartósan károsítja, illetve halált okoz.

d) *Fogtörés*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a **baleset**, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosított a **végleges fogazatának** – orvosi javallatra történő kezelést igénylő – törését okozza.

e) *Baleseti költségek felmerülése*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a **baleset**, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és amelynek következtében – legkésőbb a balesetet követő napon – indokoltan és igazoltan olyan szállítási, mentési, gyógykezelési **költségek** merültek fel, amelyek más módon nem térültek meg.

f) *Baleseti kórházi ápolás*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a **baleset**, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 1 éven belül megkezdődő, és legalább 24 órát elérő időtartamú – orvosilag indokolt – folyamatos kórházi ápolását tette szükségessé.

g) *Baleseti műtét*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a **baleset**, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és amely a biztosítottnál a baleset napjától számított 1 éven belül orvosilag indokoltan végrehajtott – a 15. c) pont szerint – legalább 2. csoportú olyan **műtétet tett szükségessé**, amelyet a magyar egészségügyi szakmai felügyelet által engedélyezett valamelyik egészségügyi intézményben végeztek el.

Jelen feltétel keretében **nem minősülnek „baleseti műtét” biztosítási eseménynek az 1. csoportú műtétek**, továbbá

- a korábban meglévő, orthoped jellegű elváltozások baleset kapcsán történő műtétei;
- az emberi szervezet típusos helyeinek sérvesedései (többek között: hasfal, lágyék, gerincoszlop);
- a csőtükrözéssel végzett, izületi feltárást nem igénylő diagnosztikus és terápiás eljárások;
- a kóros csontszerkezeti elváltozásból adódó csonttörések stabilizáló műtétei;
- a baleseti eseménnyel összefüggésbe nem hozható műtétek.

Maradandó egészségkárosodás

h) *Kisebb és közepes fokú „rokkantság” 15. b)*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a **baleset**, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított 10–35% közötti mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.

i) *Súlyos fokú „rokkantság” 15. b)*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a **baleset**, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított 35%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.

Haláleset

j) *Bármely okból bekövetkező halál*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bármely okból bekövetkező halála.

k) *Baleseti haláleset*

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 1 éven belüli halálát okozza.

Biztosítási összeg, biztosítási szolgáltatás

17. A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET a biztosított, illetve – kiskorú biztosított esetén – törvényes képviselője választja ki a biztosítási csomag megadásával a biztosító által felkínált lehetőségek közül.

18. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor fellépő kötelezettsége. A szolgáltatás mértéke az egyes – 16. a)–k) alatt meghatározott – biztosítási eseményekhez kapcsolódóan az alábbiakban kerül meghatározásra.

Sérülések

a) *Csonttörés, csontrepedés, súlyos csonttörés, enyhe rokkantság (16. a) pont) esetén* a biztosító

- csonttörés, csontrepedés bekövetkezése esetén a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget,
- súlyos csonttörés és 1–9% közötti maradandó egészségkárosodás bekövetkezése esetén a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeg kétszeresét téríti.

b) *Égési sérülés (16. b) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomagban szereplő biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértékét téríti a biztosító. Az égési sérülés fokának és kiterjedtségének meghatározásakor a mindenkor felelős egészségügyi szakhatóság – a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes – szakmai protokollja irányadó. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:

Mélység	Testfelület érintettsége			
	10–19%	20–49%	50–79%	80% felett
I. fokú	–	–	–	–
II/1 fokú	–	10%	25%	40%
II/2 fokú	20%	40%	100%	160%
III. fokú	40%	80%	200%	200%

Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú sérülés figyelembevételével állapítja meg. A térítés mértéke légúti égési sérülés esetén a biztosítási összeg kétszerese.

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

c) *Speciális diákbalesetek (16. c) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

Amennyiben egy balesetből eredően több biztosítási esemény egy időben következik be, a biztosító legfeljebb az adott csomagban meghatározott biztosítási összeg kétszereséig nyújt térítést.

d) *Fogtörés (16. d) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

e) *Baleseti költségek felmerülése (16. e) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összegig téríti meg a balesethez kapcsolódó számlával igazolt költségeket a biztosító.

Kórházi tartózkodáshoz kapcsolódóan

f) *Baleseti kórházi ápolás (16. f) pont) esetén:*

- a választott biztosítási csomagban meghatározott napi térítési összeg a 24 órát meghaladó folyamatos kórházi ápolás minden indokoltan megkezdett 24 órájára vonatkozóan kifizetésre kerül,
- amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosított egy nagykorú közeli hozzátartozója (szülő, nagyszülő, testvér) kísérőként legalább egy éjszakát a kórházban tölt, részére – összesen legfeljebb a választott biztosítási csomagban meghatározott összegig – a kórházi tartózkodás kórházi számlával igazolt költsége megtérítésre kerül. Minden napra csak egyetlen hozzátartozó költségei kerülhetnek figyelembe vételre.

g) *Baleseti műtét (16. g) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

Maradandó egészségkárosodás

h) *Kiseb és közepes fokú rokkantság (16. h) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

i) *Súlyos fokú rokkantság (16. i) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomag szerint a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegnek a megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékát fizeti ki a biztosító.

Haláleset

j) *Haláleset (16. j) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

k) *Baleseti haláleset (16. k) pont) esetén:*

a választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a biztosító.

19. A 18. a), h) és i) pontokban meghatározott szolgáltatásokra egyaránt érvényes, hogy ugyanazon balesetből eredő, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodás vagy funkciócsökkenés esetén a szolgáltatási összeg megállapításához a maradandó egészségkárosodások százalékos mértékei összeadódnak, de a biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget. A maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató értékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%
Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan	100%
Mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%

Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelő képesség teljes elvesztése	5%
Egyik kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökízület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Egyik láb combközép fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%

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

A táblázatban nem szereplő esetekben – a jelen biztosítás vonatkozásában – a biztosító orvos szakértője állapítja meg, hogy a biztosított normál testi vagy szellemi teljesítőképesége milyen mértékben károsodott. A biztosító orvos szakértőjének megállapítása független más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos szakértők megállapításától.

Amennyiben a baleset során olyan funkciók, testrészek károsodnak, amelyek működőképessége már a baleset előtt csökkent volt, akkor a szolgáltatás meghatározásánál az előzetes egészségkárosodás százalékos mértéke levonásra kerül.

A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét legkorábban a balesetet követő 15 nap elteltével, legkésőbb a balesetet követő 2 év elteltével állapítja meg. Amennyiben a biztosított a baleset bekövetkeztétől számított 30 napon belül elhalálozik, úgy csak a haláleseti térítési összeg kerülhet kifizetésre. Ha a biztosított 30 napon túl, de az előtt meghal, hogy a biztosító a rokkantság (egészségkárosodás) mértékét véglegesen megállapította volna, a térítési összeget a biztosító az addigi orvosi vizsgálatok eredményeként született iratok alapján állapítja meg.

Asszisztencia szolgáltatás

20. Baleset bekövetkezése esetén a biztosító éjjel-nappal hívható telefonszámon nyújt segítséget, és ad felvilágosítást a balesetnek a biztosítottra vonatkozó következményeinek elhárításához, mérsékléséhez. Ennek keretén belül információt nyújt a baleset esetén igénybe vehető egészségügyi intézményekről, ügyletekről, sérültek szállítását végző szervezetekről, a sürgősségi ellátás lehetőségeiről.

III. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

A biztosítási díj fizetése

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

A biztosítás díja a biztosított által választott szolgáltatási csomag tartalmától függ.

22. A biztosítás díját a biztosítás tartamára vonatkozóan **egyösszegben** kell megfizetni.
23. Jelen biztosítás megszűnése esetén a biztosítási díjból semmilyen visszatérítést nem ad a biztosító, azaz nincsenek maradékjogok, továbbá kötvénykölcson és díjmentes leszállítás sem igényelhető.
24. Jelen szerződésben nem történik értékkövetés, és nincs többlethozamból történő részesedés sem.

Elszámolás, adatközlés

25. Az Intézmény elszámolást készít az átvett biztosítási díjakról, és adatszolgáltatást nyújt a biztosítottaktól.
26. A biztosított, illetve – kiskorú biztosított esetén – törvényes képviselője a Nyilatkozat aláírásával felhatalmazza kezelőorvosait, az őt kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított egészségi állapotára és egészségbiztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a biztosítónak a biztosító kérésére átadják.

IV. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

A szolgáltatás teljesítésének feltételei

27. A **biztosítási eseményt** annak a bekövetkeztétől számított **8 napon belül** az Intézménynek, vagy a biztosítottnak, illetve törvényes képviselőjének írásban be kell jelentenie a biztosítóhoz, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
28. 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.
29. A szolgáltatás felvételére a kedvezményezett, ennek hiányában a biztosított, illetve örököse(i) jogosult(ak) a feltétel 4. pontjának figyelembe vételével.
30. A biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes szerződési feltételeknek megfelelően, az Intézmény által a biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási eseményt megelőzően utoljára (de legkésőbb a díjak tényleges befizetésekor) benyújtott **Biztosított lista** tartalma (a biztosítottra vonatkozóan választott csomag) szerint nyújtja. Az érintett biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a biztosító bekéri az Intézménytől a szükséges adatokat, és kérheti a biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is.
31. A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított **2 év elteltével** a biztosításból eredő igények **elévülnek**.

A teljesítéshez szükséges dokumentumok

32. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak többek között az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
- a) a szolgáltatási igény bejelentése;
 - b) szükség esetén a díjfizetés igazolása;
 - c) iskola látogatási bizonyítvány;
 - d) baleseti kórházi ápolás esetén: a kórházi zárójelentés a baleseti eredet igazolásával együtt;
 - e) a baleset akut egészségügyi ellátásának orvosi dokumentációja, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációja;
 - f) a baleseti eredetet dokumentáló orvosi igazolások, különös tekintettel a speciális diákbalesetek, a fogtörés, a baleseti költségtérítés biztosítási eseményeknél;
 - g) személy elleni támadás szolgáltatás igénybe vételéhez a biztosított, illetve – kiskorú biztosított esetén – a törvényes képviselője által tett rendőrségi feljelentés dokumentációja;
 - h) elhalálozás esetén a halotti anyakönyvi kivonat, a halál okát, esetleges baleseti eredetét igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány;
 - i) a biztosító által meghatározott egyéb, a kockázat eredeti vállalhatóságával, a káresemény igazolásával, a kárkifizetéssel összefüggő okiratok (így többek között: a születési dátum igazolása, az Intézmény hatáskörébe tartozás igazolása, kórházi zárójelentés, ÁNTSZ igazolás);
 - j) egyéb dokumentumok, amelyek a jogosultság (kedvezményezettség), továbbá a biztosítási esemény és a szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.
33. Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése.
34. A biztosítási esemény igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

Kizárások

35. A biztosító kockázatviselési köréből kizárja azon eseményeket, amelyek
- a) közvetlenül összefüggésben állnak háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel; továbbá közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak
 - b) radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
 - c) különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, bűvárkodás, 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;
 - d) repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként való részvételt a szervezett polgári légi utasforgalomban.
36. 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 nem baleseti eredetű fertőzéseket, kivéve (16. c) pont);
- f) a hasi- vagy altesti sérvet (megemelés), ha az balesettel nincs okozati összefüggésben;
- g) a porckorong sérüléseket, rándulásokat, ficamokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket;
- h) a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett baleseteket.

A biztosító mentesülése

37. A **közlési kötelezettség megsértése** esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
38. A biztosító mentesül a baleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet, a biztosított vagy a vele egy háztartásban élő közeli hozzátartozója **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 (1,5 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, gépjárművezetése közben következett be.
39. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosított vagy törvényes képviselője vagy az Intézmény a **biztosítási eseményt** a megadott határidőn (27. pont) belül **nem jelenti be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
40. A biztosító **mentesülése esetén** a biztosítottat, illetve a törvényes képviselőt a **biztosítási díjból semmilyen visszatérítés** nem illeti meg.

V. VEGYES RENDELKEZÉSEK

Az adatok nyilvántartása

41. A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) 154.§-a és 155.§-a alapján kezeli. A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megartani.

Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.), a DRESCHER Magyarországi Direct Mailing Kft., az általa felkért orvossal, továbbá a számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint. Az ügyfél adatai kezeléséről az adatkezelőnél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat.

42. **Biztosítási titok** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, 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 általa kezelt adatokat – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – 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 adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

43. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervekhez továbbíthatja**: a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a nyomozhatóság, az ügyészség és bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, szaktanácsadóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar büntetőjogi szervhez vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi büntetőjogi szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

44. A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezetéhez (harmadik országbeli adatkezelőhöz) továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.

Jogvita esetén alkalmazandó eljárás

45. A fogyasztó(ügyfél) az UNIQA Biztosító Zrt. tevékenységével összefüggő panaszát szóban (személyesen, vagy telefonon) és írásban (e-mailben) egyaránt előterjesztheti az alábbiak szerint:

Szóbeli panaszát előadhatja – a biztosító székhelyén, valamint a cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodákban – ügyfélfogadási időben, személyesen (meghatalmazottja útján); vagy telefonon, az alábbi telefonszámokon [+36 (1) 20/30/70) 544-5555].

Írásbeli panaszát eljuttathatja:

- a) a biztosító központi ügyfélszolgálatára [1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.],
- b) a biztosító – cégnyilvántartásban szereplő – fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodákhoz;
- c) az a) pont szerinti levelezési címünkre postai úton, vagy telefaxon a +36 (1) 2386 060 fax számra, valamint elektronikus levélben panasziroda@uniqa.hu e-mail címre.

A panaszbeadványokon címettként kérjük feltüntetni a Panaszmenedzsment Osztály megnevezését is! A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodáiban is.

Amennyiben a panaszban megfogalmazott igény a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival (pl. kártérítés összege, vagy annak elutasítása) és megszüntetésével kapcsolatosan került a biztosító által elutasításra, úgy a fogyasztó(ügyfél):

- a) a Pénzügyi Békéltető Testületnél (továbbiakban: PBT) [H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172, telefon: +36 (1) 4899 100, e-mail: pbt@mnbb.hu], vagy
- b) az ügy eldöntésére hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál

élhet jogorvoslattal.

Amennyiben a biztosító által elutasított panaszban az ügyfél a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNBtv.) fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértését sérelmezi, úgy az MNB [1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: +36 (1) 4899 100, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu] fogyasztóvédelmi eljárását kezdeményezheti.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele, hogy az ügyfél a(z) – MNBtv.-ben leírtak szerint – hatósági jogorvoslat kezdeményezését megelőzően, a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését és az is, hogy a mindenkor hatályos jogszabályok szerint is fogyasztónak minősüljön!

