



Puzzle

Balesetbiztosítás

Érvényes: 2015. január 1-től

Ügyféltájékoztató

Puzzle balesetbiztosítás

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának aláírása előtt figyelmesen olvassa el az Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatót és a **szerezési feltételeket**.

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

A biztosító felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank
székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.;
telephelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
(1535 Budapest, 114. Pf. 777).

A biztosító

Az UNIQA olyan közép-európai biztosítótársaság, melynek központjában ügyfelei személyes igényeinek kiszolgálása áll, magas színvonalú, reális áron kínált termékekkel és szolgáltatásokkal, valamint időtálló értékekkel törekszik kiérdemelni ügyfelei bizalmát és lojalitását.

Az UNIQA Biztosító Zrt. európai hátterű biztosítótársaság, az egyik legnagyobb osztrák biztosítócsoporthoz tartozik, melynek tevékenysége mintegy 150 évre nyúlik vissza. Az UNIQA csoport Ausztrián kívül többek között Magyarországon, Bulgáriában, Csehországban, Horvátországban, Lengyelországban, Olaszországban, Romániában, Svájcban, Szlovákiában, Szerbiában, Ukrajnában van jelen.

Az UNIQA Biztosító Zrt. jogelődjei (a Colonia, AXA-Colonia majd az AXA Biztosító) révén 1991 óta van jelen a magyar biztosítási piacon. Hazánkban a hatodik legnagyobb biztosítótársaság.

A társaság részvényesei:

99,92%: UNIQA International Beteiligungs-Verwaltungs GmbH,
(1020 Wien, Praterstrasse 1–7.)
0,08%: UNIQA International Versicherungs-Holding GmbH,
(1020 Wien, Praterstrasse 1–7.)

A biztosítási szerződés jellemzőire vonatkozó általános ismereteket és speciális tudnivalókat a Puzzle balesetbiztosítás feltételei (továbbiakban: biztosítási feltételek) tartalmazzák.

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

A termékről

A Puzzle egyéni és csoportos balesetbiztosítás azt a lehetőséget kínálja, hogy a váratlan, sokszor súlyos, tragikus baleseti események – kiváltképp a balesetből eredő rokkantság bekövetkezése esetén – jelentős, a társadalombiztosítási juttatást kiegészítő kompenzálást nyújtsanak.

A szerződő a lehetőségként felkínált kész biztosítási csomagok (1–18 éves gyermekek részére a **Gyermek**, a 18–70 év közötti felnőttek részére a különböző tartalmú **Bázis**, **Standard**, **Optimum**) közül választhat, amelyet a biztosítási ajánlaton megjelöl, és amit a biztosító az általa kibocsátott kötvénnyel fogad el.

A biztosítás egyéni és csoportos változatban köthető meg.

A biztosítási szerződés alanyai

SZERZŐDŐ: az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését vállalja.

BIZTOSÍTOTT az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.

Jelen szerződés **egyéni** és **csoportos** változatban köthető.

Az **EGYÉNI** változatban a 18. életévét már betöltött, de a 70. életévét még be nem töltött személy jelölhető meg biztosítottként.

A **CSOPORTOS** változatban:

- A 18. életévét már betöltött, de a 70. életévét még be nem töltött személyek jelölhetők meg biztosítottként,
- továbbá az ő (saját, örökbefogadott, mostoha vagy nevelt) gyermekeik, unokáik amennyiben 1. életévüket már betöltötték, de a 18. életévüket még nem töltötték be.

Azok a gyermekek, akik a biztosítási szerződés fennállása alatt töltik be 1. életévüket, az azt követő nap 0. órájától válnak biztosítottá, amikor őket a biztosítóhoz írásban – az 6. pont szerint – bejelentik, és a rájuk vonatkozó biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik. Azon gyermekek biztosított mi-nősége megszűnik, akik a biztosítási szerződés fennállása alatt töltik be 18. életévüket, a 18. életévük betöltését követő biztosítási évfordulóval.

KEDVEZMÉNYEZETT: a biztosított életében a biztosított, a biztosított halála esetén a szolgáltatások igénybevételére a megjelölt kedvezményezett(ek) jogosult(ak). Amennyiben a biztosított kedvezményezettet nem jelölt meg, úgy a haláleseti szolgáltatás a biztosított örökösét illeti meg.

A biztosítási szerződés alanyairól bővebben a biztosítási feltételek 1–5. pontja tájékoztat.

A baleset fogalma

A biztosítási szerződés feltételei szerint balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, melynek következtében a biztosított meghal, egészségkárosodást szenved.

Biztosítási esemény

A biztosítási események a szerződésben rögzített események, amelyek bekövetkezése esetén társaságunk szolgáltatást nyújt.

Az alábbi események vonhatók a **biztosítási szerződés kockázatvállalási körébe a szerződő által az Ajánlaton kiválasztott biztosítási csomag tartalmától függően:**

- a biztosított **baleseti halála**
- a biztosított **baleseti eredetű, legalább 10%-ot elérő maradandó egészségkárosodása**
- a biztosított **baleseti eredetű folyamatos kórházi ápolása – 3 napot meghaladó kórházi tartózkodás esetére**
- a biztosított **balesetből eredő csonttörése, csontrepedése**
- a biztosított **baleseti eredetű égése**
- a biztosított **baleseti eredetű műtete**
- a biztosított **baleseti eredetű plasztikai műtete**
- a biztosított **baleseti eredetű keresőképtelensége – 28 napot meghaladó időtartamú folyamatos keresőképtelenség esetére**

- a biztosított **kullancs okozta benuháása**
- az 1–18. év közötti biztosított **tanulási támogatása – baleseti eredetű 28 napot meghaladó folyamatos, megszakítás nélküli kórházi kezelés esetére**
- a biztosítottat külföldön érő baleset esetén felmerült sürgősségi orvosi ellátás, a baleset helyszínén történő mentés, valamint az egészségügyi ellátó helyre történő szállítás
- **privát felelősségbiztosítás**

A biztosítási események és szolgáltatások részletes ismertetését a biztosítási feltételek 25–32. és 34–36. pontjai tartalmazzák, a kapcsolódó fogalmak magyarázata a biztosítási feltételek 21–24. számú pontjaiban található.

A biztosítás tartama, biztosítási időszak

A biztosítás **határozatlan tartamú**, az ajánlaton a kezdetének napja kerül meghatározásra.

A biztosítási időszakok a biztosítás kezdetéhez igazodó egy éves időszakok.

A kockázatviselés kezdete

A biztosító **kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik**. A biztosítás az azt követő napon lép hatályba, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára befizeti, illetőleg, amikor a díj megfizetésére vonatkozóan a felek halasztásban állapodnak meg, feltéve, hogy a biztosítás létrejött vagy utóbb létrejön.

A szerződés és a kockázatviselés megszűnése

A biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése az alábbi esetek bármelyikének következtében megszűnik:

- díjfizetés elmaradása esetére **46–47. pontokban** meghatározottak figyelembe vételével;
- a szerződésnek a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőző – szerződő vagy biztosító általi – írásos felmondásával, a biztosítási évfordulót megelőző nap elteltének hatályával;
- valamennyi, a szerződésben szereplő biztosított halálával.

Valamely biztosított vonatkozásában megszűnik a kockázatviselés

- a biztosított 70. életéve betöltését követő biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- a biztosítási szerződésbe kiskorúként belépett biztosított 18. életéve betöltését követő biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- ha biztosítási eseményből eredően a biztosító legalább 50%-os maradandó egészségkárosodás miatt szolgáltatást teljesített, a teljesítés napjának leteltével;
- ha a társadalombiztosítás erre kijelölt szerve legalább 50%-os egészségkárosodást állapított meg, a határozat kelte szerinti nap végével;
- a biztosított halálával.

A biztosítási szerződés felmondása

A szerződés felmondása esetén a biztosítási díj a biztosítási időszak végéig illeti meg a biztosítót.

A biztosítási díj fizetése

A határozatlan tartamra szóló biztosítások díja a választott csomagtól függ, az éves díj bankátutalással negyedéves, féléves és éves részletekben fizethető. A **díjfizetés gyakorisága** az évforduló előtt a biztosítóhoz írásban megküldött kérelem alapján **évfordulóval megváltoztatható**.

Értékkövetés, többlethozam visszajuttatás, kötvénykölcson, maradékjogok

Értékkövetésre nem kerül sor.

Többlethozam visszajuttatására ezen szerződéseknél nem kerül sor, kötvénykölcson nem igényelhető.

A biztosítás megszűnése esetén maradékjogok nem illetik meg a szerződőt.

Alkalmazott kizárások, a biztosító mentesülése

A biztosító mentesülését vonja maga után, ha a szerződő vagy a biztosított tudatosan hamis adatokkal biztosítási szolgáltatásokat csal ki, vagy próbál kicsalni, vagy ilyen tevékenységben közreműködik, vagy a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézi elő a biztosítási eseményt. **A biztosító mentesüléseinek feltételeit, az alkalmazott kizárásokat a biztosítási feltételek 57–61. pontjai foglalják össze.**

A biztosítási esemény bejelentése

A biztosítási eseményt a szerződőnek/biztosított(ak)nak, kiskorú biztosított balesete esetén a törvényes képviselőnek 8 napon belül írásban be kell jelentenie a biztosítóknak.

A biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges iratok különösen a következők:

- a szolgáltatási igénybejelentő;
- kérésre a biztosítotttság igazolása és a díjfizetés igazolása;
- a baleseti sérülés következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolások, jegyzőkönyvek (így különösen az akut egészségügyi ellátás orvosi dokumentációja, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációja, baleseti jegyzőkönyv);
- elhalálozás esetén: a halotti anyakönyvi kivonatot, baleseti eredetét igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány;
- kórházi ápolás esetén: a kórházi zárójelentés a baleseti eredet igazolásával együtt;
- maradandó egészségkárosodás esetén a balesetet követő orvosi ellátás dokumentációja;
- a jogosultság (kedvezményezettség), továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükséges egyéb okiratok.

Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatát.

A biztosítási szolgáltatások teljesítésének módja, ideje

A biztosítási szolgáltatások kifizetése a szükséges **igazolások (utolsó irat) beérkezését követő 15 napon belül** a biztosító kifizeti a biztosítottnak, a kedvezményezettnek, illetve károsultnak az őt megillető összeget.

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított **két év elteltével elévülnek**.

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra:

- 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 megtartani.

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 orvosszakértő, továbbá a szá-

mára 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. A biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével és az adatok továbbításával kapcsolatos tudnivalókat a biztosítási feltételek 62–65. pontja tartalmazza.

- Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervekhez továbbíthatja**: a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a nyomozóhatóság, 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 szervezethez, 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 pénzmossá megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szervhez vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző 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.

A Bit. 165.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adataira vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

- A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelőhöz) továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.
- A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biz-

tosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adattáadás a Bit. 161/A.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

- A fogyasztó (ügyfél) az UNIQA Biztosító Zrt. tevékenységével összefüggő panaszát szóban (személyesen, vagy telefonon) és írásban (e-mailben) egyaránt előterjeszheti 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 megnevezést 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 irodákban is.

Amennyiben a panaszban megfogalmazott igény a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival (pl.: kártérítés összege, vagy annak elutasítása) és megszűnésével 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@pszaf.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: 06 (1) 4899 100, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.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!**

Köszönjük, hogy társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

Puzzle balesetbiztosítás feltételei

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

Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.), amely a biztosítási díj ellenében a jelen szerződésben meghatározott szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget.

2. A **SZERZŐDŐ** az, a jogi vagy természetes személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését vállalja. A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtevése 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 biztosítottat tájékoztatni.

3. A **BIZTOSÍTOTT** az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.

Jelen szerződés **egyéni** és **csoporthoz** változatban köthető. Az **EGYÉNI** változatban a 18. életévét már betöltött, de a 70. életévét még be nem töltött személy jelölhető meg biztosítottként.

A **CSOPORTHOS** változatban:

- A 18. életévét már betöltött, de a 70. életévét még be nem töltött személyek jelölhetők meg biztosítottként,
- továbbá az ő (saját, örökbefogadott, mostoha vagy nevelt) gyermekeik, unokáik amennyiben 1. életévüket már betöltötték, de a 18. életévüket még nem töltötték be.

Azok a gyermekek, akik a biztosítási szerződés fennállása alatt töltik be 1. életévüket, az azt követő nap 0. órájától válnak biztosítottá, amikor őket a biztosítóhoz írásban – az 6. pont szerint – bejelentik, és a rájuk vonatkozó biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik. Azon gyermekek biztosított minősége megszűnik, akik a biztosítási szerződés fennállása alatt töltik be 18. életévüket, a 18. életévük betöltését követő biztosítási évfordulóval.

Nem lehet biztosított személy,

- munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmetnyújtott be a mindenkor illetékes hatósághoz;
- baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, rehabilitációs ellátásban, rokkantsági ellátásban részesül;
- aki tartós (orvosilag diagnosztizált) elmebetegségben szenved, illetve beszámítási képességét elvesztette.

4. A szerződés megkötéséhez és módosításához a nagykorú biztosított(ak) **írásbeli hozzájárulása is szükséges**.

Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorlati szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a törvényes képviselőt gyakorlati szülő, illetve a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

A **biztosított** csak a szerződőre vonatkozó jelen szerződés

szerinti kikötések teljesülése esetén léphet a szerződő helyébe.

5. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Kedvezményezettként több személy is megnevezhető.

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.

Amennyiben a szerződésben más 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 törvény szerinti örököse.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

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

Ajánlat tehető a felkínált biztosítási **CSOMAGOKRA** (külön a gyermekek részére **Gyermek** csomag és a felnőttek részére **Bázis, Standard, Optimum** csomagok), amelyek a biztosítási eseményeket és a szolgáltatásokat határozzák meg.

7. A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot** és orvosi vizsgálatot is kérhet.

8. A szerződés úgy jön létre, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzá tartozó nyilatkozatok alapján kockázatbírálást végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (**KÖTVÉNYT**) állít ki. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum a **KÖTVÉNY**.

9. A biztosítónak – kockázatkezelési szempontok miatt – jogában áll az ajánlaton szereplőnél magasabb díjat megállapítania, illetve az ajánlatot egyéb **módosításokkal elfogadnia**. Lényeges eltérés esetén a biztosító erre a szerződő figyelmét a kötvény kiadásakor írásban felhívja.

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

10. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot, annak – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységéhez történő – beérkezését követő **15 napon belül**, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő **60 napon belül** indoklás nélkül **elutasítani**.

11. A szerződés az írásbeli ajánlat tartalmával megegyezően akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra, annak beérkezését követő tizenöt napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül nem nyilatkozik.

12. A biztosítás **HATÁROZATLAN TARTAMÚ**.

A szerződés **KEZDETE** a kötvényen ekként megjelölt nap.

A **BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ** a kötvényen a biztosítás kezdeteként megjelölt hónap és nap szerinti évforduló.

A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE

13. A biztosítás az azt követő nap 0. órájától lép hatályba, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE

14. A biztosító kockázatviselése a biztosítási **szerződés hatályba lépésével, illetőleg új biztosítottak bevonása esetén azok biztosítottá válásának idejével (3. pont) egyidejűleg** kezdődik.

A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

15. A biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése az alábbi esetek bármelyikének következtében megszűnik:

- díjfizetés elmaradása esetén, a *46–47. pontokban* meghatározottak figyelembe vételével;
- a szerződésnek a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőző – szerződő vagy biztosító általi – írásos felmondásával, a biztosítási évfordulót megelőző nap elteltének hatályával;
- valamennyi, a szerződésben szereplő biztosított halálával.

Valamely biztosított vonatkozásában megszűnik a kockázatviselés

- a biztosított 70. életéve betöltését követő biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- a biztosítási szerződésbe kiskorúként belépett biztosított 18. életéve betöltését követő biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- ha biztosítási eseményből eredően a biztosító legalább 50%-os maradandó egészségkárosodás miatt szolgáltatást teljesített, a teljesítés napjának leteltével;
- ha a társadalombiztosítás erre kijelölt szerve legalább 50%-os egészségkárosodást állapított meg, a határozat kelte szerinti nap végével;
- a biztosított halálával.

A SZERZŐDÉS TERÜLETI HATÁLYA

16. A kockázatviselés **területi hatálya** – a felelősségbiztosítások kivételével – **a világ összes országa**.

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

KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

17. 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 a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló **szerződésmódosításkor** – így különösen a csomagváltás esetén – is terheli a biztosítottat és a szerződőt. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

18. 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.

19. A szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt **15 napon belül** köteles írásban bejelenteni a biztosított foglalkozásának, szabadidős tevékenységének a vállalt baleseti kockázat szempontjából történő **lényeges megváltozását**.

Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

20. A szerződő és a biztosított felhatalmazást adnak a biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére.

A biztosított a biztosítási ajánlat 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.

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

FOGALMAK, A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS

21. **BALESET** a biztosított akaratától független, hirtelen fellépő külső behatás, melynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

22. **KÓRHÁZNAK** minősül az a – működésének székhelye szerinti ország hatóságai által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Nem minősül kórháznak a szanatórium, a rehabilitációs intézet, a gyógyfürdő, a gyógyüdülő, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, a geriatriai intézet, a szociális otthon.

23. **MŰTÉTNEK** minősül minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint végzett sebészeti beavatkozás,

amelyet gyógyítás vagy a kór megállapítása céljából hajtottak végre.

A műtétek csoportokba történő besorolása az alábbi szempontok szerint történik.

24. A baleseti műtétek csoportosítása

1. csoportú műtétek 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 csőtűkrözéssel végzett műtéti és terápiás eljárások.

2. csoportú műtétek minősülnek

- azok az akut műtéti megoldást igénylő izületi sérülésekkel járó állapotok, ahol klinikai adatok által alátámasztott műtéti javallat alapján került sor a műtéti megoldásra;
- azok a diagnosztikus adatokkal megállapítható ín- és izomsérülések, valamint perifériás ér- és idegsérülések, melyeknek határa a felső végtagon az alkar-csuklóizület, az alsó végtagon a felső lábszár ugróizület vonala;
- 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 műtétek minősülnek

- azok a csonttörésekhez kapcsolódó műtéti megoldások, amelyeknél a csont helyzetételére és valamilyen stabilizáló eljárás elvégzésére van szükség;
- azok a nyílt törési formák, ahol műtéti sorozat végzése nem válik szükségessé;
- azok a II-III fokú égési sérülések, ahol az égési felszín 10–30% között van.

4. csoportú műtétek minősülnek

- azok a beavatkozások, amelyekre a szervezet zárt üregrendszerén belül (koponya, mellkas, has, medence, gerincoszlop) kerül sor;
- a végtagok csonkolásai, az ujj (ujjak) egészségének 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 eléri.

5. csoportú műtétek minősülnek

- a polytraumatizált, többszörösen sérült, az emberi szervezet belső üregrendszerét is érintő, intenzív terápiás kezelést igénylő, életveszélyes állapotban lévő sérülteknél alkalmazott műtétek.

BALESETBIZTOSÍTÁS

25. Jelen feltétel keretében – a szerződő által választott csomag tartalmától függően – **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** lehet a biztosított(ak):

a) balesetből eredő halála

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.*

b) balesetből eredő maradandó egészségkárosodása

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, *10%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.*

c) balesetből eredő folyamatos kórházi ápolása

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, 3 napot meghaladó időtartamú folyamatos kórházi ápolását tette szükségessé.

A kórházi ápolási napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges haláleset napja is.

d) baleseti eredetű csonttörése, csontrepedése

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 okoz.

Jelen feltételek szempontjából súlyos csonttörésnek minősül a

- koponya csonttörés lágyrész sérüléssel együtt,
- gerinccsonttörés gerincvelő sérüléssel együtt,
- medencecsonttörés,
- lábszár- és/vagy combcsont nyílt törése,
- alkar- és/vagy felkarcsont nyílt törése.

Jelen feltétel szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.

e) baleseti eredetű égése

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.

f) baleseti eredetű műtete

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnál a baleset napjától számított 1 éven belül orvosilag indokoltan végrehajtott olyan *műtéti beavatkozást tett szükségessé*, melyet a beavatkozást végző ország szerinti egészségügyi szakmai felügyelet által engedélyezett valamelyik egészségügyi intézményben végeztek el.

g) tanulási támogatás

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a 1–18. év közötti biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 30 napon belül kezdődő, 28 napot meghaladó időtartamú *folyamatos, megszakítás nélküli kórházi tartózkodását* idézte elő.

h) baleseti eredetű keresőképtelenség időszakára szóló egyszeri térítés

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 30 napon belül kezdődő, 28 napot meghaladó időtartamú folyamatos keresőképtelenségét idézte elő.

i) kullancs okozta bémulás

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és *kullancs* csípés következményeként Lyme-kór vagy vírusos agyvelőgyulladás lép fel.

j) sürgősségi orvosi ellátás, szállítás-mentés

Ha a biztosított(ak) Magyarországon kívül, bárhol Európában bekövetkezett balesete miatt – a biztosított és a biztosítóval együttműködő asszisztencia szolgáltató (Megbízott) között történt *előzetes, regisztrált egyeztetés alapján*

ja) kórházi tartózkodás vagy járóbeteg-kezelés válik szükségessé, akkor a biztosító megszervezi a kezelést és az ezzel kapcsolatban felmerült költségeket (orvosi vizsgálat, gyógyszer, ellátás) a szerződésben meghatározott összegig átvállalja

jb) mentés vagy mentőautóval illetve helikopterrel történő szállítás szükségessége merül fel, ennek keretében

– a biztosító megszervezi a baleset jellege, helye (többek között vízi baleset, téli sportolás közbeni baleset, közlekedési baleset) szerinti felkészültséget igénylő mentést;

– a biztosító megszervezi a biztosított(ak) egészségügyi ellátása céljából a baleset helyszínéhez legközelebbi kórházba vagy orvoshoz történő szállítását;

– a biztosító megszervezi a helyi kezelőorvos, illetve a biztosító Megbízottja orvos szakértőjének együttes szakvéleménye alapján a biztosított átszállítását az adott sérülés ellátására, kezelésére felkészült legközelebbi kórházba;

– a biztosító megszervezi a biztosított orvos kísérével vagy betegkísérével történő Magyarországra szállítását, amennyiben a biztosított a baleset okozta egészségi állapota miatt az eredetileg tervezett módon nem térhet haza, és a helyi kezelőorvos, illetve a biztosító Megbízottja orvos szakértőjének együttes szakvéleménye alapján egészségi állapota a Magyarországra történő hazaszállítást lehetővé teszi.

– A hazai kórházba szállítás időpontját és módját a kezelést végző orvossal, egészségügyi intézménnyel történő előzetes egyeztetés alapján a biztosító határozza meg.

A felsorolt esetekben a megbízott közreműködésével a biztosító és a biztosított között előre egyeztetett szállítás indokolt költségeit a biztosító a szerződésben meghatározott összegig átvállalja.

26. Jelen feltétel keretében nem minősül biztosítási eseménynek:

- az a baleset, amelynek az 1. csoportba tartozó műtét a következménye;
- ha a baleset kapcsán a korábban meglévő orthoped jellegű elváltozások műtéti megoldására kerül sor;
- ha a baleset kapcsán az emberi szervezet típusos helyeinek sérvesedései (többek között: hasfal, lágyék, gerincoszlop) miatt kerül sor műtéti megoldásra;

- ha a baleset kapcsán csőtükrözéssel végzett, izületi feltárást nem igénylő diagnosztikus és terápiás eljárásokra kerül sor;
- ha nem történik baleset, csak a korábban meglévő kóros csontszerkezeti elváltozásból adódó csonttörések stabilizáló műtéteire kerül sor;
- a baleseti eseménnyel összefüggésbe nem hozható egyéb műtétekre kerül sor.

27. A biztosítási **SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor fellépő kötelezettsége.

28. A szolgáltatás pénzben kifejezett kezdeti értékét, azaz a **BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET** a szerződő határozza meg az ajánlat-tételkor, a megfelelő biztosítási csomag(ok) kiválasztásával.

29. Jelen feltétel keretében – a szerződő által választott csomag tartalmától függően – a biztosított(ak)ra vonatkozó különböző biztosítási események esetén a biztosító **szolgáltatása:**

a) Baleseti halál bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki.

b) Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén a biztosító által fizetett szolgáltatási összeg

ba) – 10–30%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, baleset időpontjában érvényes a 10–30%-os maradandó egészségkárosodási fokhoz tartozó biztosítási összeg

– 31–100%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, baleset időpontjában érvényes a 31–100%-os maradandó egészségkárosodási fokhoz tartozó biztosítási összegnek a megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százaléka.

bb) A Biztosított – a Biztosító szerződött szolgáltató partnerén keresztül – továbbá jogosult a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegig terjedő **rehabilitációs szolgáltatás** igénybevételére, amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke eléri az 50%-ot. A rehabilitációs szolgáltatás a következőket tartalmazza:

– **Orvosi rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: rehabilitáció fizikális és pszichológiai rehabilitációs kezelésekre szakosodott egészségügyi intézményekben, szükséges gyógyászati segédeszközök, betegápolás.

– **Szociális rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: lakásátalakítás, hivatali információ szerzés és ügyintézés, háztartási segítség.

A rehabilitációs szolgáltatás esetenkénti tartalmát a Biztosító szerződött partnerének rehabilitációs menedzsere egyezteti a Biztosítóval.

A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvos szakértője állapítja meg az alábbi táblázatban szereplő iránymutató értékek figyelembe vételével:

Szervek és testrészek elvesztése és funkciócsökkenése

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 combközépig fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépigig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig történő elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik öregujj 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 teljesítőképessége milyen mértékben károsodott. A biztosító orvos szakértőjének megállapítása független más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos szakértők megállapításaitól.

Amennyiben a baleset során olyan funkciók, testrészek károsodnak, melyek működőképessége már a **baleset előtt csökkent volt**, akkor az egészségkárosodás mértékének meghatározásánál az előzetes rokkantság 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.

Ha a baleset következtében a biztosított 15 napon belül meghal, a szolgáltatás nem igényelhető. Ha a biztosított 15 napon túl, de az előtt meghal, hogy a biztosító az egészségkárosodás mértékét véglegesen megállapította volna, a térítési összeget a biztosító az addigi orvosi vizsgálatok eredményeként született iratok alapján állapítja meg.

- c) **Balesetből eredő, 3 napot meghaladó folyamatos kórházi ápolás** bekövetkezése esetén, a folyamatos kórházi ápolás befejeződése után, a biztosító a kórházi ápolás minden napjára, de legfeljebb összesen 180 napra, kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes (napi térítési) biztosítási összeget.

Elhúzódnó kórházi ápolás esetén – a megfelelő igazolások alapján – a biztosító 30 naponta a kedvezményezett kérésére a szolgáltatásból előleget fizethet.

- d) **Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés** esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget, míg **súlyos csonttörés** esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresét téríti.

- e) **Baleseti eredetű égés** esetén a baleset időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértékét téríti. 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		
	0–20%	21–60%	61–100%
I. fokú	–	25%	50%
II/1 fokú	–	25%	50%
II/2 fokú	50%	100%	200%
III. fokú	100%	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.

- f) **Baleseti eredetű műtét** esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százalékeit fizeti ki szolgáltatásként:

2. csoportú műtétek esetében: 25%,
3. csoportú műtétek esetében: 50%,
4. csoportú műtétek esetében: 100%,
5. csoportú műtétek esetében: 200%.

Az 1. csoportú műtétekre a biztosító nem térít.

Egy baleseti esemény miatt szükségessé vált több műtét esetén legfeljebb a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg 250%-át fizeti ki a biztosító.

- g) **Tanulási támogatás** esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki.

- h) **Baleseti eredetű keresőképtelenség időszakára szóló egyszeri térítés** esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki.

- i) **Kullancs okozta bénulás (Lyme-kór vagy agyvelőgyulladás)** esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, biztosítási összeget fizeti ki.

- j) **Balesetből eredő sürgősségi orvosi ellátás és ehhez kapcsolódó szállítás-mentés indokoltan felmerülő költségeit** – a választott csomagnak megfelelő biztosítási összeg erejéig – kifizeti a biztosító.

- k) **Bónusz-szolgáltatás:** bónusz-szolgáltatásra először a 2. biztosítási évfordulót követően, majd a tartam alatt

minden évforduló után válhat jogosulttá a szerződő a következő feltételekkel. Amennyiben a jelen feltételek alapján kötött biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón a megelőző időszak vonatkozásában díjhátralék nélkül érvényben van, és az adott biztosítási időszakban **nem történt biztosítási esemény**, a biztosító a szerződőnek visszafizeti a biztosítási időszakban befizetett, részletfizetési pótlék nélkül számított díj **egy hónapra eső részét**. **A kifizetéshez a biztosító – a biztosítási évfordulótól számított 3 hónapon belül – adategyeztetést kezdeményezhet. Amennyiben a szerződő az adategyeztetésre, annak kézhezvételétől számított 60 napon belül nem válaszol, a szolgáltatási jogosultsága elévül.**

A bónusz-kifizetést a biztosító az évfordulót követő 90 napon belül, adategyeztetés esetén pedig az évfordulót követő 180 napon belül teljesíti.

Amennyiben a bónusz kifizetésre került, és később érvényesítenek a kifizetést megelőző biztosítási időszakban bekövetkezett eseményből eredő szolgáltatási igényt, a szolgáltatási összegből a kifizetett bónusz összegét a biztosító levonja.

PRIVÁT FELELŐSSÉGBIZOSÍTÁS

30. Jelen feltétel keretében felelősségbiztosítási eseménynek minősül az a káresemény, amelyért a biztosított – mint károkozó – vagy mint károkozásért felelős személy **magánemberi minőségében** a magyar jog szerint kártérítési kötelezettséggel tartozik a harmadik személynek okozott személysérülésekért, a köztük fennálló szerződésen kívül okozott dologi károkért vagy a személysérüléssel összefüggésbe hozható vagyoni károkért.

Magánemberi minőségnek tekinti a biztosító a biztosított személyek foglalkozásán, hivatásán, politikai tevékenységén vagy üzletszerű gazdasági tevékenységén kívüli élethelyzeteit.

31. **Nem terjed ki a biztosítás** azokra a felelősségi károkra, amelyekért a biztosított nem a jelen szerződésben meghatározott magánemberi minőségében felel.

Nem terjed ki a szerződés továbbá

- a) szerződésszegés miatt támasztott kártérítési igényekre;
- b) légi és vízi járművek, gépjárművek, utánfutók üzemen tartója minőségben okozott károkra;
- c) olyan kárra, melyet a biztosított maga szenved el, illetőleg a Ptk. Értelmező rendelkezések 8:1.§.(1) 1. pontjában felsorolt közeli hozzátartozónak okozott;
- d) az olyan károk miatti kártérítési kötelezettségekre, amelyek – a biztosított vagy annak megbízásából eljáró személyek által kölcsönzött, bérelt, haszonbérbe vett vagy megőrzésre átvett vagyontárgyakban (dolgokban) következtek be, még akkor sem, ha ez mellékötelezettségként megőrzés során történt;
 - ingó dolgokban azok szállítása, feldolgozása vagy azokon végzett tevékenység következtében álltak elő;
 - nem ingó dolgok olyan részeiben következnek be, amelyek közvetlenül megmunkálás vagy egyéb tevékenység tárgyát képezik;
- e) kötbér, bírság, egyéb büntetés jellegű költség megfizetésére;
- f) a sérelemdíjra.

32. Azokra a felelősségi károkra, amelyek esetében valamely ingatlanbiztosítás(ok)ból a felelősségi kár fedezhető, a biztosító kockázatviselése csak az ingatlanbiztosítás(ok)ból nem fedezhető részre terjed ki.

A BIZTOSÍTÁSI VÉDELEM IDŐBENI HATÁLYA

33. A biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkra terjed ki. Azok az események, amelyek a biztosítás kockázatviselésének megkezdése után következtek be, de a károkozó tényező már ezen időpont előtt fennállt, csak akkor vannak a biztosítással fedezve, ha a biztosítottnak nem volt tudomása a károkozó tényező létezéséről.

KÁRTÉRÍTÉS (A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA A FELELŐSSÉGBIZOSÍTÁSBAN)

34. A biztosító a szerződéssel fedezett károkat a magyar magánjog szabályai szerint téríti meg.

35. Megtéríti a biztosító azt a költséget, amely a károsultat ért vagyoni és nem vagyoni hátrány csökkentéséhez vagy kiküszöböléséhez indokoltan szükséges.

36. A kártérítési összeg felső határa – beleértve a kárenyhítés indokolt költségeit is – a személysérüléssel károk és a dologi károk vonatkozásában a szerződő által az ajánlattételkor kiválasztott szolgáltatási csomag tartalmának a függvénye (lásd 6. pont).

A biztosító kártérítést kizárólag belföldi fizetőeszközben teljesít.

A BIZTOSÍTÓ MEGTÉRÍTÉSI IGÉNYE (REGRESSZ)

37. A biztosító visszakövetelheti a biztosítottól a kifizetett kártérítési összeget, ha a biztosított a kárt:

- a) szándékosan és jogellenesen vagy,
- b) súlyosan gondatlan magatartásával okozta. Súlyosan gondatlan a biztosított magatartása, ha:
 - a) a biztosított a kárt alkoholos befolyás alatt vagy bódult állapotában, és ezen állapotával összefüggésben okozta;
 - b) a biztosított hatósági engedélyhez kötött tevékenységet ilyen engedély nélkül folytatott, és ezáltal okozott kárt;
 - c) a biztosított azonos károkozó körülményekkel visszatérően okozott kárt, és a biztosító felhívása ellenére a károkozás körülményeit nem szüntette meg, bár az megszüntethető lett volna;
 - d) a fegyverhasználat hatósági előírásait megszegte;
 - e) ha a biztosítottat harmadik személy a káresemény bekövetkezésének lehetőségére figyelmeztette, és a káresemény ezután, a szükséges intézkedés hiányában következett be.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

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

A biztosítás díját a biztosító díjszabása alapján a baleseti szolgáltatás jellege és nagysága mellett többek között a biztosított kora, foglalkozása és szabadidős tevékenysége valamint egészségi állapota határozhatja meg.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

39. A biztosítás **FOLYAMATOS** (rendszeres) díjfizetésű.

40. A **folyamatos** díjfizetésű szerződés **első díját** az ajánlattételkor kell megfizetni.

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.

41. A **folyamatos díjas** szerződés **folytatólagos díjai** minden **biztosítási évre** a biztosítási évfordulókon **előre esedékesek**.
42. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat az **éves díj** – féléves, negyedéves – **részletekben történő fizetéséhez**. A pótdíj mértéke többek között a díjfizetés gyakoriságától és módjától függ, és a tartamon belül változhat. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján, előre esedékesek.
43. A **díjfizetés gyakoriságát** a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését az évforduló előtti 45. napig írásban jelzi a biztosítónak, és a biztosító ahhoz hozzájárul.
44. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a következő biztosítási évfordulóig járó díj megfizetését követelheti.
45. A **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** folyamatos díjfizetés esetén a biztosítási évfordulókhoz igazodó egy éves időtartam (**BIZTOSÍTÁSI ÉV**).

A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

46. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor **nem egyenlíti ki**, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tüzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
47. A szerződő – a biztosított baleseti kármentessége esetén – **a biztosító előzetes hozzájárulásával** 120 napon belül késedelmi kamataival együtt pótolhatja az elmaradt díjakat. A biztosító a hozzájárulását újabb kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti.

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

ÉRTÉKKÖVETÉS, TÖBBLETHOZAM, MARADÉKJOGOK, KÖTVÉNYKÖLCSÖN

48. Jelen szerződésben a felek előzetesen nem állapodnak meg értékkövetésben.
49. A jelen balesetbiztosítás esetén matematikai tartalék képzésére nem kerül sor, ezért többlethozam nem keletkezik, és nincs nyereségrészesedés sem.
50. A jelen balesetbiztosításnál maradékjogok nem keletkeznek, így a biztosítási szerződés nem rendelkezik visszavásárlási összeggel, és nincs lehetőség díjmentes leszállításra. A jelen balesetbiztosításra kötvénykölcsön sem igényelhető.

A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

51. A **biztosítási eseményt** a bekövetkeztétől számított **8 napon belül írásban** be kell jelenteni a biztosítónak, a szük-

séges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

52. A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti. A biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódnó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.
53. A **biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év elteltével a biztosításból eredő igények elévülnek**.

A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

54. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
- a szolgáltatási igénybejelentőt;
 - kérésre a biztosítottság igazolását és a díjfizetés igazolását;
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket (így különösen az akut egészségügyi ellátás orvosi dokumentációját, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a baleseti jegyzőkönyvet);
 - elhalálozás esetén: a halotti anyakönyvi kivonatot, a halál okát, esetleges baleseti eredetét igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
 - kórházi ápolás esetén: a kórházi zárójelentést, a baleseti eredet igazolásával együtt;
 - maradandó egészségkárosodás esetén a balesetet követő orvosi ellátás dokumentációját;
 - a jogosultság (kedvezményezettség), továbbá a biztosítási esemény és a biztosítási összeg megállapításához szükséges egyéb okiratokat.
- Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatának esetleges elrendelését.
- A biztosítási esemény igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

A BIZTOSÍTÓ FELÜLBÍRÁLATI JOGAI

55. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **saját orvosszakértőt** vehet igénybe. A biztosító orvosszakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – **egyebek mellett – felülbírálni**:
- 55.1. a folyamatos kórházi ápolás (25. c) pont) szükséges-ségét és indokolt időtartamát,
- 55.2. a keresésképtelenség (25. h) pont) tényét és indokolt időtartamát,
- 55.3. a maradandó egészségkárosodás (25. b) pont) tényét és mértékét.
56. A biztosító orvos-szakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos-szakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvosszakértőjének véleményét veszi alapul.

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

57. A **közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése** esetén a biztosító kötelezettsége

nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

Ha a szerződés több vagyontárgyra vagy személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi vagyontárgy vagy személy esetén nem hivatkozhat.

A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

58. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott határidőn belül (51. pont) **nem jelentik be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
59. A biztosító a haláleseti biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a **kedvezményezett szándékos magatartása** következtében vesztette életét.
60. **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 gépjárművezetésével
 - közvetlen okozati összefüggésben következett be.

KIZÁRÁSOK

61. A biztosító a **balesetek**, illetve a baleseti eredetű események **köréből kizárja**:
- a radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést) összefüggő eseményeket;
 - a háborúval, polgárháborúval, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel közvetlenül összefüggő eseményeket;
 - a biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket;
 - a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményeket;
 - a 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 üzése közben bekövetkezett eseményeket;
 - a repülés (többek között ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés) közben bekövetkezett eseményeket, kivéve a szerve-

zett légi utasforgalomban utasként, pilótaként, személyzetként való részvétel során történeteket;

- a napszúrás, hőség, napsugár általi égés, vagy fagyás okozta sérüléseket;
- a valamely balesettel összefüggésbe nem hozható – ember vagy állat terjesztette – bakteriális- vagy vírusfertőzéseket;
- a hasi- vagy altesti sérvet (megemelés), ha az a balesettel nincs okozati összefüggésben;
- a porckorong sérüléseket, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket és agyvérzést;
- a szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket, ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is;
- a biztosított elme- vagy tudatzavarával, illetve öngyilkosságával vagy annak kísérletével okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket.

AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

62. 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 megtartani.

Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.), a DRESCHER Magyarországi Direct Mailng Kft., az általa felkért orvosszaktanácsadó, továbbá a számlára 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.

63. **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.

64. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervekhez továbbíthatja**: a feladatkörében el-

járó Felügyelethez, nyomozóhatóságához és ügyészséghez, bírósághoz, a nyomozóhatóság, az ügyészség és bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatóságához, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatóságához, egészségügyi hatóságához, 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 Információs szabadság Hatósághoz, a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szervhez vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző 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.

A Bit. 165.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

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

66. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit. 161/A.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011.évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE

67. 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 kiállítási költségének megtérítését.

JOGVITA ESETÉN ALKALMAZANDÓ ELJÁRÁS

68. A fogyasztó (ügyfél) az UNIQA Biztosító Zrt. tevékenységével összefüggő panaszát szóban (személyesen, vagy telefonon) és írásban (e-mailben) egyaránt előterjeszheti 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 címeztként kérjük feltüntetni a Panaszmenedzsment Osztály megnevezést 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 megszünetésével 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@pszaf.hu], vagy
 - b) az ügy eldöntésére hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál
- élhet jogorvoslással.

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!**

A biztosító **felügyeleti szerve:**

Magyar Nemzeti Bank
székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.;
telephelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
(1535 Budapest, 114. Pf. 777)

Vezérigazgatóság / Központi ügyfélszolgálat

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

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

Levelezési cím: 1390 Budapest, 62. Pf. 197

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