

TESTŐR

élet-, baleset- és egészségbiztosítási
általános szerződési feltételek
(TÁSZF022)

Hatályos: 2023. június 30-ától

Nysz.: 23069



GENERALI

Tartalomjegyzék

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás általános szerződési feltételek (TÁSZF022)	3	V.5. Kármentességi bónusz	9
I. Biztosítási szerződés tartalma	3	V.6. Ajándék szűrőprogram	9
II. Általános rendelkezések	3	VI. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól.	9
II.1. A szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett)	3	VII. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események	10
II.2. A szerződés létrejötte	4	VII.1. Élet-, baleset- és egészségbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások	10
II.3. A kockázatviselés kezdete, a várakozási idő	4	VII.2. Balesetbiztosítási és egészségbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások	10
II.4. A szerződés módosítása	4	VII.3. Sportártalmak kizárása	11
II.5. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei	5	VIII. Egyéb rendelkezések	11
II.6. A szerződés rendes felmondása	5	VIII.1. Elévülési idő	11
II.7. Életbiztosítási szerződés különös felmondása	5	VIII.2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése	11
II.8. A biztosítási szerződés területi hatálya	6	VIII.3. Eljárás véleménykülönbség esetén	11
III. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	6	IX. Fogalomtár	11
III.1. A szerződő és a biztosító jogai és kötelezettségei	6	IX.1. A baleset fogalma	11
III.2. A szerződő és a biztosított közlési- és változásbejelentési kötelezettsége	6	IX.2. A közlekedési baleset fogalma	12
III.3. A biztosító szerződésmódosítási és szerződés felmondási lehetősége a szerződést érintő lényeges körülmények felmerülése, változása esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)	6	IX.3. A betegség fogalma	12
IV. A biztosítási díj	6	IX.4. A kórház fogalma	12
IV.1. A biztosítási díj megállapítása, a biztosított belépési kora	6	IX.5. A műtét, a műtéli lista fogalma	12
IV.2. A biztosítási díj fizetése (a díjfizetés gyakorisága, a díjfizetés technikai kezdete, a díj esedékességének időpontja), a biztosítási időszak, a biztosítási évforduló fogalma	7	IX.6. A biztosított sporttevékenységének minősítése	12
IV.3. A díjfizetés elmulasztásának következményei	7	IX.7. Magzatnál fennálló egészségi ok miatt bekövetkező terhesség megszakítás	12
IV.4. Értékkövetés	7	X. A Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályok	13
V. Biztosítási események, biztosítási szolgáltatások, a biztosító teljesítésének feltételei, a biztosítási szolgáltatás kifizetésének választható formája és módja, a kármentességi bónusz, az ajándék szűrőprogram	8	X.1. A szerződés létrejötte	13
V.1. A biztosítási események	8	X.2. Fizetési póthatáridő tűzése, reaktiválás lehetősége	13
V.2. A biztosítási szolgáltatások	8	X.3. Az elévülési időszak tartalma	13
V.3. A biztosító teljesítésének feltételei	8	„A” melléklet – Műteti csoportok műteti térítési kategóriák szerinti besorolása TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz (TÁSZF022)	14
V.4. A biztosítási szolgáltatás kifizetésének választható formája, módja	9	„B” melléklet – Maradandó egészségkárosodás	15

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szerződési feltételek (TÁSZF022)

Jelen TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szerződési feltételek (továbbiakban: általános feltételek) a különös feltételekkel együtt a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: szerződés) érvényesek** feltéve, hogy a szerződést a jelen általános feltételekre és az adott különös feltételekre hivatkozással kötötték.

Az általános feltételekhez a szerződő és a biztosított ajánlaton megjelölt választása szerinti szolgáltatást tartalmazó élet-, baleset- és egészségbiztosítások **különös feltételei** kapcsolódnak.

Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben (a továbbiakban együtt: feltételek) nem szabályozott kérdésekben a Biztosítási szerződés részét képező „A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” (továbbiakban: Ügyfélértékelő) elnevezésű dokumentum, a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadóak.

A különös feltételek jelen általános feltételekben foglaltaktól eltérhetnek, az általános és különös feltételek eltérése esetén a különös feltételek rendelkezései az irányadóak. A biztosítási szerződés részét képező Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések és a feltételekben foglalt eltérése esetén a feltételek rendelkezései irányadóak.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen általános feltételekben és a különös feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően biztosítási szolgáltatás megfizetésére, a szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

II. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

II.1. A szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett)

II.1.1. A **biztosító** az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

II.1.2. A **szerződő** az a fél, aki a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötöti és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. A szerződő lehet fogyasztó, illetve fogyasztónak nem minősülő személy vagy szervezet. Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

II.1.3. A **biztosított** az a természetes személy, akit a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg, és akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.

A biztosítási szerződés létrejöhet egy vagy több biztosítottra vonatkozóan, az egy biztosítottra kötött szerződésbe azonban utóbb nem léptethető be további biztosított.

II.1.4. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási **szerződés létrejöttéhez és a szerződés adott biztosítottra vonatkozó részének módosításához az adott biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.**

II.1.5. Ha a szerződő és a biztosított, különböző személy, a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

II.1.6. **Ha a biztosított kiskorú,** és a biztosítási szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez – ideértve a biztosított kiskorúsága idején a szerződés adott biztosítottra vonatkozó részének módosításának érvényességét is – a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.

A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a biztosítási szerződés akkor is, ha a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében **részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.**

II.1.7. A biztosított a biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ennek következtében a szerződés – több biztosított esetén a szerződés rá vonatkozó része – az aktuális biztosítási év végével megszűnik kivéve, ha a biztosított a szerződésbe szerződőként belép.

II.1.8. **A biztosított a biztosítási szerződésbe szerződőként beléphet.**

A szerződő személyének változásáról a biztosítót írásban értesíteni kell.

Ha a biztosított belép a biztosítási szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A biztosítási szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a biztosítási szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.

A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.

II.1.9. A szerződő és a biztosított(ak) írásbeli hozzájárulásával **harmadik személy** a biztosítási szerződésbe **új szerződőként beléphet.**

A szerződő személyének változásáról a biztosítót írásban értesíteni kell.

II.1.10. A **kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatásokra jogosult.

a) A **biztosított életében esedékes** szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított,

b) A **biztosított halála esetén** esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a szerződésben a szerződő és az adott biztosított által név szerint megnevezett személy, ennek hiányában az adott biztosított örököse(i).

- II.1.11. **A szerződő az adott biztosított írásbeli hozzájárulásával** ajánlattételkor, illetve a biztosítási szerződés hatálya alatt bármikor a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal az II.1.10. b) pontban megfogalmazottak szerint az adott biztosítottra vonatkozóan **kedvezményezett jelölhet meg**, illetve bármikor ugyanilyen formában a kedvezményezett-jelölést **módosíthatja**, feltéve, hogy a kedvezményezett-jelölés vagy annak módosítása a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a biztosító tudomására jut.
- II.1.12. **A kedvezményezett-jelölés hatályát veszti**, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.
- II.1.13. **A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett-jelölést tartalmazó része semmis**, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosított örökösét/örököseit kell tekinteni, aki(k) a szerződő félnek köteles(ek) megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.
- II.1.14. **Amennyiben a biztosítási szerződésben az adott biztosítottra vonatkozóan kedvezményezettet nem neveztek meg**, vagy ha a **kedvezményezett-jelölés hatályát veszítette** (II.1.12. pont), vagy nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, akkor a biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások **kedvezményezettje a biztosított örököse(i)**.

II.2. A szerződés létrejötte

- II.2.1. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító **megállapodása alapján jön létre**.
- II.2.2. A szerződő által a biztosítási szerződés létrejöttét megelőzően a biztosító részére megfizetett díj vagy díjrészlet díjelőlegnek minősül, melyet a biztosító kamatmentesen kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget a biztosítási díjba beszámítja. Ha a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget a szerződőnek visszafizeti.
- II.2.3. **A biztosító a szerződő fél ajánlatának elfogadása előtt egyedi kockázatbírálást végez**, a szerződőhöz és a biztosítotthoz kérdéseket intézhet, és tesztvizsgálatát rendelheti el, továbbá egészségi kockázatbírálás keretében a biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát rendelheti el, továbbá egyéb nyilatkozatait is kérheti.

A biztosító jogosult az így tudomására jutott adatokat ellenőrizni.

- II.2.4. A szerződő/biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszaik az ajánlati dokumentáció részét képezik.
- II.2.5. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja. A biztosítási ajánlat elfogadása a biztosítónak az ajánlattal megegyező, vagy az ajánlattól eltérő tartalmú biztosítási fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: kötvény) kiállításával vagy ráutaló magatartással (hallgatólagosan) történik.

A biztosítási ajánlattal megegyező tartalmú kötvény kiállítása esetén, a szerződés a kötvény kiállításának időpontjában jön létre.

- II.2.6. **Ha a szerződő az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérést a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint, a kötvény kiállításakor jön létre.**

Ha a szerződő az eltérést a fentiek értelmében rendelkezésére álló határidőn belül elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre. **A lényeges eltérésre a biztosító a kötvény átadásakor a szerződő figyelmét írásban felhívja.** Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

- II.2.7. **A fogyasztói szerződés – ráutaló magatartással (hallgatólagosan) – akkor is létrejön az ajánlat szerinti tartalommal, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon – egészségi kockázatbírálás esetén, 60 napon – belül nem nyilatkozik feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a Díjszabásnak megfelelően tették.** Ebben az esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal, a kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.
- II.2.8. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a feltételektől, akkor a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a feltételeknek megfelelően módosítsák. **Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el**, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, **a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban megszüntetheti.** (Ráutaló magatartással [hallgatólagosan] létrejött szerződés utólagos megszüntetése.)
- II.2.9. A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig – egészségi kockázatbírálás esetén 60 napig – van kötve.

II.3. A kockázatviselés kezdete, a várakozási idő

- II.3.1. A jelen feltételek eltérő rendelkezése hiányában a biztosító kockázatviselése – a biztosítási szerződés érvényes létrejötte esetén – **az azt követő nap 0 órakor kezdődik, amikor a szerződő a biztosítás első díját a biztosító részére megfizeti**, de nem korábban, mint a szerződés létrejöttét követő nap 0. órája. A felek ettől a rendelkezéstől külön megállapodásukkal eltérhetnek.
- II.3.2. A biztosító a biztosítási szerződésben **várakozási időt köt ki**, melynek időtartama **a szerződés létrejöttétől számított 6 hónap**, kivéve, ha a felek ennél rövidebb határidőben állapodnak meg.

A biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.

II.4. A szerződés módosítása

- II.4.1. **Kockázatbíráláshoz kötött szerződésmódosítási esetek**

- II.4.1.1. A biztosító a biztosítási szerződés fennállása alatt kezdeményezett, a szerződés keretén belül választott biztosítási összegek emelésére vagy új biztosítási kockázat igénylésére irányuló szerződésmódosítási igénnyel (továbbiakban: a biztosítási szerződéssel kapcsolatos igény) kapcsolatban **kockázatbírálást végezhet, vagy az igényt indoklás nélkül elutasíthatja.**
- II.4.1.2. A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel kapcsolatos igényt teljesíteni vagy elutasítani. A biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos igény teljesítéséről vagy elutasításáról **a szerződőt tájékoztatja.**

- II.4.1.3. **A biztosító kockázatviselése** a biztosítási szerződéssel kapcsolatos igény teljesítése esetén az **adott biztosítási kockázat vonatkozásában** az igény elbírálásához szükséges valamennyi adat, irat biztosítóhoz való megérkezését követő biztosítási évfordulótól kezdődik.
- II.4.1.4. A biztosítási szerződés fennállása alatti további élet- vagy egészségbiztosítási kockázat vállalásában való megállapodás esetén a **várakozási idő az adott kockázat tekintetében az adott kockázatra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap**, kivéve, ha a felek ennél rövidebb határidőben állapodnak meg.
- II.4.2. Az élet- és/vagy egészségbiztosítási kockázatot is tartalmazó szerződés **balesetbiztosítási kockázatokra vonatkozó részét** a biztosító **írásban, a biztosítási időszak utolsó napjára egyoldalúan jogosult megszüntetni**. Erről a biztosító legalább 30 nappal a biztosítási időszak utolsó napját megelőzően köteles a szerződőt tájékoztatni. Ha a szerződő a megszüntetett kockázatok nélkül a szerződést nem kívánja fenntartani, jogosult a teljes szerződést felmondási idő nélkül, a biztosítási időszak utolsó napjára felmondani. A felmondást a biztosítóval legkésőbb a biztosítási időszak utolsó napjáig írásban közölni kell.

II.5. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

- II.5.1. **Amennyiben a különös feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek, az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén az adott biztosított vonatkozásában megszűnik a szerződés (részleges megszűnés) és a biztosító kockázatviselése:**
- a biztosított halála esetén;
 - amennyiben az adott biztosítottra vonatkozóan a szerződés nem tartalmaz haláleseti szolgáltatást, úgy a szerződés kifizetés nélkül megszűnik a halál időpontjával, és a többletdíj visszafizetésre kerül a szerződő részére;
 - amennyiben az adott biztosítottra vonatkozóan a szerződés tartalmaz haláleseti szolgáltatást, úgy a szerződés a feltételekben foglaltaknak megfelelő haláleseti szolgáltatás teljesítésével vagy a szolgáltatási igény elutasításával megszűnik, figyelemmel az VI., VII. mentesülés, kizárás fejezetekben foglaltakra és a biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában a biztosított halálával megszűnik;
 - a biztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása, a biztosítónak erről való tudomásszerzése esetén – az adott biztosított vonatkozásában – a 30 napos felmondási idő elteltével (III.3. pont);
 - a biztosítottnak – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés – több biztosított esetén a rá vonatkozó részének létrejöttéhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén feltéve, hogy a biztosítási szerződésbe szerződként nem lép be;
 - a szerződő felmondásával, amennyiben **a szerződő írásban, harmincnapos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára felmondja** az adott biztosítottra vonatkozóan a szerződést;
 - a biztosító felmondásával, ha kizárólag balesetbiztosítási kockázatot tartalmaz a szerződés – több biztosítottra kötött szerződés esetén az adott biztosítottra vonatkozóan – **a biztosító írásban, harmincnapos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára felmondja** a szerződést.

Amennyiben a szerződésben kizárólag egy fő biztosított van, akkor a jelen pontban szabályozott megszűnési okok bármelyikének bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés teljes egészében megszűnik.

- II.5.2. **A biztosítási szerződés, és a biztosító kockázatviselése az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén megszűnik (a szerződés teljes megszűnése):**
- a több biztosítottra kötött szerződés esetén a biztosított halálakor, amennyiben a szerződésben nem marad további biztosított,
 - a biztosítási szerződésben meghatározott tartam végén;
 - a díjfizetés elmulasztása esetén, jelen általános feltételek IV. 3. pontjában meghatározottak szerint;
 - a szerződés egésze vonatkozásában szerződő által gyakorolt rendes felmondása esetén (II.6. pont);
 - az életbiztosítási kockázatot tartalmazó szerződés rendkívüli felmondása esetén (II.7. pont) a felmondási kérelem biztosítóhoz való beérkezését követő munkanapon;
 - a ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött biztosítási szerződés utólagos megszüntetése esetén (II.2.8. pont),
 - a biztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása, a biztosítónak erről való tudomásszerzése esetén – amennyiben a lényeges körülmények megváltozása miatti felmondás valamennyi biztosítottat érinti – a 30 napos felmondási idő elteltével (III.3. pont);
 - több biztosítottra kötött szerződés esetén az összes biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén feltéve, hogy a biztosítási szerződésbe szerződként egyik biztosított sem lép be;
 - a szerződő jelen általános feltételek II.4.2. pontjában rögzített szerződés módosítás el nem fogadása miatti rendkívüli felmondása esetén.

II.6. A szerződés rendes felmondása

- II.6.1. A szerződést – több biztosítottra kötött szerződés esetén az adott biztosítottra vonatkozó részét is – **a szerződő írásban, harmincnapos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára** mondhatja fel.
- II.6.2. A kizárólag balesetbiztosítási kockázatot tartalmazó szerződést – több biztosítottra kötött szerződés esetén az adott biztosítottra vonatkozó részét is – **a biztosító írásban, harmincnapos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára** mondhatja fel.
- II.6.3. Az élet- és/vagy egészségbiztosítási kockázatot is tartalmazó szerződést – a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve – a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.
- II.6.4. **A rendes felmondással megszüntetett biztosítási szerződés szerinti biztosítási fedezetet a biztosító nem állítja helyre, a szerződés nem reaktiválható.**

II.7. Életbiztosítási szerződés különös felmondása

- II.7.1. Az életbiztosítási kockázatot (is) tartalmazó szerződést (kivéve a hitelfedezeti életbiztosítást) a fogyasztónak minősülő szerződő jogosult a szerződés létrejöttét igazoló kötvény (továbbiakban: első kötvény) kézhezvételétől számított **30 napon belül írásbeli nyilatkozással, indoklás nélkül felmondani**.
- II.7.2. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító harminc napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámol, akként, hogy a biztosító a részére befizetett díj/díjrészlet teljes összegét a szerződő részére visszafizeti.
- II.7.3. **A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.**
- II.7.4. **Az így megszüntetett biztosítási szerződés szerinti biztosítási fedezetet a biztosító nem állítja helyre, a szerződés nem reaktiválható.**

II.8. A biztosítási szerződés területi hatálya

A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

III. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

III.1. A szerződő és a biztosító jogai és kötelezettségei

- III.1.1. A biztosítási szerződés alapján a szerződő díjfizetésre köteles és a feltételek egyéb rendelkezésének hiányában a jogosult a biztosítási szerződés szerinti jognyilatkozatok megtételére.
- III.1.2. A biztosító köteles a biztosítási szerződés alapján a feltételekben meghatározott szolgáltatások nyújtására.

III.2. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

A szerződő és a biztosított/biztosítottak kötelesek a közlési és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

III.2.1. A szerződő és a biztosított közlési kötelezettsége

A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított szerződéskötéskor, továbbá a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon és/vagy hangfelvételeken szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

A biztosító a biztosított/biztosítottak hozzájárulása alapján a közölt adatokat ellenőrizheti és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére (pl. foglalkozás, munka, sport), életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi, egészségi, és/vagy teszt vizsgálatot írhat elő.

Az orvosi, egészségi és tesztvizsgálat elvégzése a szerződőt és a biztosítottat közlési kötelezettségük alól nem mentesíti.

III.2.2. A szerződő és a biztosított változásbejelentési kötelezettsége

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

A szerződő és a biztosított/biztosítottak kötelesek a biztosítás fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.

Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő vagy a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen a szerződő és a biztosított neve, címe, levelezési címe, elektronikus kommunikáció választása esetén szerződő email címe, továbbá a biztosított tevékenységének (pl. foglalkozás, munka, sport) megváltozása.

A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

III.3. A biztosító szerződésmódosítási és szerződés felmondási lehetősége a szerződést érintő lényeges körülmények felmerülése, változása esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)

- III.3.1. **Ha a biztosító a biztosítási szerződés létrejötte után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a biztosító kockázatelbírálása alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, illetőleg a biztosítási szerződést, több biztosított esetén annak csak az adott biztosítottra vonatkozó részét, 30 napos felmondási idővel, írásban felmondhatja.**

Jelentős kockázatnövekedésnek minősül, ha a biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a szerződésre vonatkozóan, a kockázatelbírálás során pótdíjat, kizárást vagy elutasítást alkalmazna.

Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

- III.3.2. **Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés, vagy annak a módosító javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha erre a következményre a biztosító a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.**
- III.3.3. Ha a szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a III.3. bekezdésben meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

IV.1. A biztosítási díj megállapítása, a biztosított belépési kora

- IV.1.1. A biztosítási díj a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke. A biztosítási díj fizetésének kötelezettsége a szerződő felet terheli.
- IV.1.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító Díjshabása alapján, különösen a **biztosított életkorának, egészségi állapotának, tevékenységének** (pl. foglalkozás, munka, sport), valamint a **biztosítás tartamának és a biztosítási összeg(ek)nek** a figyelembevételével történik.
- IV.1.3. A biztosító a biztosítási szerződés megkötésekor a biztosított belépési korát úgy állapítja meg, hogy a díjfizetés technikai kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

IV.2. A biztosítási díj fizetése (a díjfizetés gyakorisága, a díjfizetés technikai kezdete, a díj esedékességének időpontja), a biztosítási időszak, a biztosítási évforduló fogalma

- IV.2.1. **A biztosítási szerződés rendszeres éves díjfizetésű.** A biztosítási évre vonatkozó rendszeres éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető. Havi díjfizetéstől eltérő fizetési gyakoriság esetén a biztosító díjkezdvezményt adhat. Csekkes díjfizetési mód választása esetén havi, negyedéves és féléves díjfizetési ütem nem választható.
- IV.2.2. Abban az esetben, amennyiben a szerződő a díj mértékét befolyásoló kedvezményt vett igénybe, melyet követően a kedvezményre jogosító körülmények megváltoznak, vagy utóbb már nem állnak fenn (pl. fizetési gyakoriság megváltoztatása), úgy a szerződő a kedvezményre való jogosultságát elveszti és köteles a kedvezmény figyelembevételével számított biztosítási díj megfizetésére. Ilyen esetben a kedvezmény nélkül számított díj akkor esedékes, amikor a biztosító erre vonatkozóan felhívást (számla, csekk) küld vagy a díj beszedési megbízással (inkasszó) történő beszedését először megkísérli.
- IV.2.3. **A díjfizetés gyakoriságát a szerződő ajánlattételkor határozza meg,** és a szerződés tartama alatt igényelheti a díjfizetési ütem változtatását a biztosító változásbejelentő nyomtatványán a változásbejelentést követő hónap elsejétől.
- IV.2.4. A díjfizetés **technikai kezdete** az ajánlaton és a kötvényen ekként megjelölt időpont, mely **nem lehet korábbi, mint az ajánlat keltezése hónapjának első napja. Ez a nap egyben a biztosítási évforduló napja is.**
- IV.2.5. **A biztosítási időszak egy év,** amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart (továbbiakban: biztosítási év).
- IV.2.6. A biztosítási szerződés első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttékor, minden további rendszeres díj pedig annak a díjfizetési időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- IV.2.7. Az első díj a biztosító kockázatviselésének kezdő napjától a díjfizetés technikai kezdetéig terjedő időszakra és az első díjfizetési időszakra is vonatkozik.
- IV.2.8. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amely napon a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.

IV.3. A díjfizetés elmulasztásának következményei

- IV.3.1. **Amennyiben a szerződő a rendszeres biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a biztosító a szerződő felet legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.**
Ha a szerződő a kitűzött póthatáridőig fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosító a biztosítási szerződést a díjrendezettség napjával megszünteti kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
- IV.3.2. **Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.**
- IV.3.3. A szerződőnek lehetősége van az elmaradt biztosítási díjak rendezése mellett – az első elmaradt díj esedékességétől számított 6 hónapon belül – a díjfizetés elmulasztása miatt kifizetés nélkül megszünt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását kérni (reaktiválás). Ebben az esetben a biztosító jogosult újabb kockázatbírálást végezni, és a kérést teljesíteni vagy indoklás nélkül elutasítani.
- IV.3.4. Ha a biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az esedékessé vált, de a biztosítási esemény bekövetkezéséig meg nem fizetett díj mértékével a biztosító által a szolgáltatásra jogosult részére teljesítendő a szolgáltatás(ok) összege csökken.

IV.4. Értékkövetés

IV.4.1. Általános szabályok

- A biztosító a biztosítási összeg(ke)t és a biztosítási díjat évente egy alkalommal az árszínvonal változásához hozzáigazítja (továbbiakban: értékkövetés). Az értékkövetés a biztosítási évforduló napjától hatályos.
- Az értékkövetés mértékének meghatározása a Központi Statisztikai Hivatal Fogyasztói Árindex kiadványában közzétett indexszámok alapján történik.
- Az értékkövetés alapja a biztosítási évforduló előtti negyedik hónapot megelőző 12 hónap havi fogyasztói árindexének szorzata által mutatott százalékos érték (továbbiakban: indexszám). Ha az így módon számított érték 5%-nál kisebb, akkor az indexszám 5%.
- A biztosító az értékkövetési folyamat keretében a biztosítási évforduló előtt legalább 2 hónappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási összeg(ek)ről és az évfordulótól fizetendő új éves biztosítási díjról. Ha a szerződő a módosítással nem kíván élni, akkor jogosult az értékkövetést az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban visszautasítani vagy – választása szerint – a szerződést évfordulóra (az évfordulót megelőzően), a felmondási idő megtartása nélkül, írásban felmondani.
Ha a szerződő az értékkövetést a 30 napos határidőn belül nem utasítja el, vagy a szerződést nem mondja fel, akkor a szerződés a megnövelt biztosítási összeggel és díjjal módosul a biztosítási évforduló napjával.
- A biztosító a biztosítási összeg és a biztosítási díj változásáról, a változástól számított 30 napon belül kötvényt állít ki kivéve, ha a IV.4.1. pont d) bekezdésben rögzített értesítésben a biztosító valamennyi, a szerződést érintő változást közölte.

IV.4.2. Értékkövetés balesetbiztosítások esetén

Az értékkövetés balesetbiztosítások esetében a biztosítási összeg és ennek alapján a biztosítási díj évente egy alkalommal, azonos arányban történő emelése.

IV.4.3. Értékkövetés élet- és egészségbiztosítások esetén

- Az értékkövetés az egészségbiztosítások, továbbá a kockázati életbiztosítások esetében a biztosítási összeg, és így a biztosítási díj évente egy alkalommal történő emelése. A biztosító az indexszám figyelembevételével növeli meg a biztosítási összeget. A biztosító a biztosítási összegnövekmény díjának (díjnövekmény) számításakor a biztosított aktuális életkorát, aktuális tevékenységét (pl. foglalkozás, munka, sport), valamint a szerződés hátralévő tartamát veszi figyelembe.
- Az értékkövetéssel módosított fizetendő biztosítási díj az értékkövetést megelőző aktuális díj és a IV.4.3. pont a) bekezdés szerint számított díjnövekmény összege.
- Értékkövetéskor a biztosított életkorának változása miatt a fizetendő biztosítási díj a biztosítási összegnél nagyobb arányban nő(het).

V. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK, BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK, A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI, A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSÉNEK VÁLASZTHATÓ FORMÁJA ÉS MÓDJA, A KÁRMENTESSÉGI BÓNUSZ, AZ AJÁNDÉK SZÚRÓPROGRAM

V.1. A biztosítási események

A jelen általános feltételek és a hozzá kapcsolódó különös feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés szerinti biztosítási események a különös feltételekben ilyenként meghatározott események.

V.2. A biztosítási szolgáltatások

A biztosító a különös feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja a kedvezményezettek részére.

A biztosító kizárólag a feltételekben megjelölt költségeket téríti meg. A szolgáltatási igény benyújtásával kapcsolatban felmerült költségeket abban az esetben téríti meg a biztosító, amennyiben a különös feltételek alapján erre kifejezetten kötelezettséget vállalt.

V.3. A biztosító teljesítésének feltételei

V.3.1. A biztosítási esemény bejelentésének módja és határideje

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell bejelenteni a biztosítónál.

Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, a biztosító által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából szükségesnek ítélt felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt **a biztosító kötelezettsége szempontjából** lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

V.3.2. A biztosító teljesítéséhez (kifizetéshez) szükséges dokumentumok

A biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerúségének megállapításához szükséges:

- V.3.2.1. **A biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt.**
- V.3.2.2. **Az irányadó különös feltételekben meghatározott dokumentumokat.**
- V.3.2.3. **A biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratokat** (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, rendőrség, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv, határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények);
- V.3.2.4. A biztosító által rendelkezésre bocsátott és a **biztosított kezelőorvosa/az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatványt a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól;**
- V.3.2.5. A biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő **egészségügyi dokumentumait:** házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
- V.3.2.6. **A társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratokat** (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- V.3.2.7. A biztosítottnak a biztosító kockázatviselését befolyásoló **sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványát**, jogviszonyt igazoló dokumentumot, mérkőzés jegyzőkönyvét;
- V.3.2.8. A biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítványát;
- V.3.2.9. A biztosított, vagy a kedvezményezett jogosult a szolgáltatási igényét egyéb okmányokkal, dokumentumokkal is igazolni a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Így például jogosult arra is, hogy a büntetőeljárásban és a szabálysértési eljárásban hozott jogerős határozatot is benyújtsa a biztosítónak.
- V.3.2.10. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé;
- V.3.2.11. A biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes **idegen nyelvű dokumentumnak** a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített **magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását;**
- V.3.2.12. A biztosító kérheti a **fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását** és bármely az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását;
- V.3.2.13. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához – a szolgáltatási igény biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján – egyéb iratokat is beszerezhet, melyről az ügyfelet tájékoztatja.

V.3.3. A biztosító teljesítésének esedékessége

- V.3.3.1. A biztosítóhoz bejelentett szolgáltatási igény az annak **elbírálásához nélkülözhetetlen utolsó okirat kézhezvételét követő 15. napon esedékes; nélkülözhetetlenek azok az okiratok, amelyek a biztosítási szolgáltatási kötelezettség fennállását és annak összegét alátámasztják. Haláleseti szolgáltatás teljesítésének feltétele**, hogy a szerződő és a szolgáltatásra jogosult átvilágítása megtörténjen, amennyiben az a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben előírtak alapján szükséges. A biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és döntéséről az ügyfelet tájékoztatni.

- V.3.3.2. Ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- V.3.3.3. Ha a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a biztosító a rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést.
- V.3.3.4. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.

V.4. A biztosítási szolgáltatás kifizetésének választható formája, módja

A biztosító a szolgáltatási összeget átutalással teljesíti. Amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy (kedvezményezett) a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban **felmerülő költségeket a szolgáltatásra jogosult személyre áthárítja, és a költségek összegének mértékével a szolgáltatási összeg csökken.**

V.5. Kármentességi bónusz

- V.5.1. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő **biztosított – amennyiben a szerződésben több biztosított is szerepel, úgy bármely biztosított – kármentessége esetén bónuszt fizet** a szerződés lejáratát követő 90 napon belül a szerződés lejáratát követő időpontjában aktuális szerződő részére.
- V.5.2. **A bónusz mértéke** az adott kármentes biztosítottra a biztosítási **szerződés teljes tartama alatt az adott kármentes biztosított vonatkozásában befizetett biztosítási díj 20%-a.**
- V.5.3. **A bónusz kifizetésének feltételei:**
- a biztosítási szerződés legalább 10 éves tartamú és
 - a biztosítási szerződés díjjal rendezett és
 - a szerződő nem kért az adott biztosítottra vonatkozóan egyik kockázat esetén sem biztosítási összeg csökkentést, és egyik kockázatot sem mondta fel a biztosítási szerződés teljes tartama alatt, és
 - az adott biztosított a biztosítási szerződés kezdetétől a biztosítási szerződés lejáratát követő időpontjáig biztosítottként a szerződésben szerepelt és
 - az adott **biztosított kármentes** volt, azaz a rá vonatkozó biztosítási kockázatokra **a biztosítási szerződés teljes tartama alatt a biztosító nem teljesített szolgáltatást, illetve nincs folyamatban szolgáltatási igény elbírálása.** Folyamatban lévő szolgáltatási igény elbírálása esetén, ha a szolgáltatási igény elutasításra kerül, akkor a bónusz az igény elutasításakor kifizetésre kerül a szerződő részére.
- V.5.4. Ha a biztosító kármentességi bónuszt fizetett a szerződőnek, és az elévülési időn belül utólag olyan jogos szolgáltatási igényt jelentenek be a korábban kármentes biztosított vonatkozásában, amelyre a biztosító szolgáltatási összeg kifizetésére köteles, akkor a biztosító a kifizetett kármentességi bónuszt jogosult visszakövetelni.

V.6. Ajándék szűrőprogram

- V.6.1. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő **biztosított részére** az V.6.3. pontban foglaltak teljesülése esetén a biztosított korának és nemének megfelelő **ingyenes szűrőprogramot szervez.**
- V.6.2. **A szűrőprogram megszervezésére kizárólag 5 évente kerülhet sor, a biztosítási szerződés 5-ik, 10-ik, 15-ik stb. évfordulóját követően, valamint a szűrővizsgálaton a biztosított az adott biztosítási évfordulótól számított 6 hónapon belül vehet részt.**
- V.6.3. **Adott biztosított vonatkozásában az ajándék szűrőprogramban való részvétel feltételei:**
- a biztosítási szerződés legalább 10 éves tartamú és
 - a biztosítási szerződés díjjal rendezett és
 - a szerződés létrejöttkor és a szerződés tartamának teljes ideje alatt az alábbi biztosítási kockázatok közül **legalább** az egyik szerepel a biztosítási szerződésben:
 - minimum 10 millió Ft biztosítási összegű kockázati életbiztosítás, vagy
 - minimum 10 millió Ft biztosítási összegű 39%-ot meghaladó egészségkárosodás biztosítási kockázat, vagy
 - minimum 10 millió Ft biztosítási összegű 69%-ot meghaladó egészségkárosodás biztosítási kockázat, vagy
 - minimum 5 millió Ft biztosítási összegű 40 elemű kiemelt kockázatú betegségek biztosítási kockázat, vagy
 - minimum 5 millió Ft biztosítási összegű rosszindulatú daganatos megbetegedés biztosítási kockázat, és
 - a szűrővizsgálatra való jogosultságot megalapozó, jelen általános feltétel V.6.2. pontjában hivatkozott biztosítási évfordulón a biztosítási szerződés nem áll felmondás alatt.

Azon szerződések esetében, ahol értékkövetés (IV.4. pont) következtében érik el, vagy haladják meg a V.6.3. c) pontjában meghatározottakat, a biztosított nem jogosult igénybe venni az ingyenes szűrőprogramot.

VI. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

VI.1. A biztosító mentesülése élet-, baleset- és egészségbiztosítási szolgáltatások teljesítése alól

- VI.1.1. **Ha a szerződő vagy a biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:**
- a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
 - a szerződő és/vagy a biztosított változásbejelentési kötelezettségüket megsértették, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás fennállása alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen általános feltételek III.3. pontjában szabályozott szerződésmódosítási illetve szerződés megszüntetési lehetőségével, vagy
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
- VI.1.2. **A szolgáltatási igény jogalapjának fennállása esetén a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító szolgáltatási kötelezettsége – a balesetbiztosítási kockázatok kivételével – a szerződéskötéstől, illetve a szerződésmódosítás során a szerződésbe felvett új kockázat esetén a szerződésmódosítástól számítottnan, ha a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.**

Változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén – a balesetbiztosítási kockázatok kivételével – a jelen pontban szabályozott öt éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

VI.1.3. A felsorolt körülmények fennállását annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

- VI.2.** A VI.1. pontban felsoroltakon túl a biztosító életbiztosítási kockázatok esetében mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha:
- a biztosított halálának oka a biztosítási szerződéskötés napjától számított két éven belül elkövetett öngyilkossága még akkor is, ha a cselekmény elkövetésekor a biztosított zavart tudatállapotban volt,
 - a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal okozati összefüggésben vesztette életét,
 - a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

VI.3. A VI.1. pontban felsoroltakon túl a biztosító egészség- és balesetbiztosítási kockázatok esetében mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha:

- a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,
- ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a szerződő fél vagy a biztosított; illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk okozta.

A biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie. Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

A biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ha a biztosított a kármegelőzési illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

VII. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

VII.1. Élet-, baleset- és egészségbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások

- VII.1.1.** A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- ionizáló sugárzás,
 - nukleáris energia,
 - HIV-fertőzés,
 - háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccs-kíséret, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviillonások, felkelés.
- VII.1.2.** Jelen általános feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.
- VII.1.3.** A biztosító kockázatviselése a jelen általános feltételek VII.1.1. d.) pontjában foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.
- VII.1.4.** A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel egészben vagy részben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:
- a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőző három évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt,
 - a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
- Jelen bekezdés vonatkozásában veleszületett rendellenességnek, illetve szerzett fogyatéknak minősül a testi és/vagy a szellemi épség bármely fokú hiánya.
- VII.1.5.** A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés (a biztosító kockázatviselésének) fennállása alatt bekövetkezett eseményre, ha
- az esemény a biztosított rendszeres alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - a biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt,
Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.
 - a biztosított olyan gépjárművet vezetett, amely nem rendelkezett érvényes forgalmi engedéllyel, vagy amelynek vezetéséhez nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett,
 - a biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- VII.1.6.** A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:
- a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre;
 - a biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülésekre, akkor is, ha azt a biztosított zavart tudatállapotában követte el.

VII.2. Balesetbiztosítási és egészségbiztosítási kockázatokra vonatkozó kizárások

- VII.2.1.** A biztosító kockázatviselése – a balesetbiztosítási kockázatok kivételével – nem terjed ki a terhességre és a szülésre, ha a fogamzás a biztosító kockázatviselését megelőzően történt. A biztosító úgy tekinti, hogy a fogamzás a kockázatviselést megelőzően történt, ha a biztosító kockázatviselése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap szerepel.

- VII.2.2.** A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a művi terhesség-megszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások, megfelelő diagnosztikai vizsgálattal alátámasztott fejlődési rendellenesség a magzatnál, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit.
- VII.2.3.** A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- a mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája),
 - a kizárólag a meddőség megszüntetése miatti események,
 - olyan meddőségi kezelési eljárásokkal kapcsolatos eseményekre, amelyek célja a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások,
 - a sterilizáció,
 - a nemi jelleg megváltoztatása,
 - az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
 - a fogpótlás.
- VII.2.4.** Amennyiben a biztosítottnál a VII.2.1., VII.2.2., illetve a VII.2.3. pontokban felsorolt események következményeként életmentő beavatkozás szükséges, akkor a biztosító az orvosi beavatkozást igénylő állapot miatti eseményekre szolgáltatást nyújt.
- VII.2.5.** A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
 - olyan keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat miatti keresőképtelenség, a szülőnek, nevelőszülőnek, helyettes szülőnek a beteg gyermeke ápolásával összefüggő keresőképtelensége,
 - a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriatríai, gyógyterápiás, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fűrdőkúra, fogyókúra, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
 - orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
- VII.2.6.** Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira, pszichiátriai megbetegedésekre.

VII.3. Sporttartalmak kizárása

Az SPO02 jelű záradékkal létrejött szerződésben a biztosított mindkét térdé és bokája a biztosítási védelemből kizárt kivéve, ha a szolgáltatási igény alapja csonttörés vagy csontrepedés.

VIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

VIII.1. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. naptól,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén amennyiben a biztosító által igényelt iratcsatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. naptól,
- egyéb esetekben a követelés esedékessé válásának napján.

VIII.2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos adatokkal egyező tartalmú új kötvényt állít ki.

VIII.3. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírálatát. A biztosító illetékes szervezeti egysége a kérelem elbírálásához szükséges valamennyi irat/adat kézhezvételétől számított 30 napon belül döntést hoz és döntéséről a kérelmezőt írásban értesíti.

IX. FOGALOMTÁR

IX.1. A baleset fogalma

- IX.1.1.** Jelen általános feltételek szempontjából **baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.
- IX.1.2.** Jelen általános feltételek szempontjából **balesetnek minősül továbbá:**
- a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor az agyburok és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - a veszettség, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

- IX.1.3. Jelen általános feltételek szerint – a IX.1.2. pontban foglaltaktól eltekintve – **nem minősül balesetnek**:
- az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitel) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek,
 - a foglalkozási betegség (ártalom),
 - a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
 - a csontok patológias törései, a sokszor ismétlődő (habitális) ficam,
 - a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
 - a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
 - az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

IX.2. A közlekedési baleset fogalma

- IX.2.1. Jelen általános feltételek alkalmazásában **közlekedési balesetnek minősül** a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.
- IX.2.2. Jelen általános feltételek szerint **nem minősül közlekedési balesetnek**:
- a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,
 - a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
 - a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával illetve megállásával összefüggésben következett be.

IX.3. A betegség fogalma

Jelen általános feltételek szempontjából **betegség** az emberi szer vezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

IX.4. A kórház fogalma

- IX.4.1. Jelen általános feltételek szempontjából **kórháznak minősül** a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- IX.4.2. Jelen általános feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriatrai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

IX.5. A műtét, a műtéti lista fogalma

- IX.5.1. Jelen általános feltételek alkalmazásában **műtétnek tekintendők** azok az orvosi beavatkozások, melyek során az orvos-szakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására, illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal a kültakaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.
- IX.5.2. A biztosító a műtéteket műtéti csoportokba sorolja be (továbbiakban: műtéti csoportba sorolás). A műtéti csoportok műtéti térítési kategóriák szerinti kategorizálása (továbbiakban: Műtéti lista) jelen Feltételek „A” mellékletében találhatóak. A biztosító valamennyi, WHO által kódokkal ellátott műtétet a műtéti térítés szempontjából értékelte azzal, hogy a Műtéti listában szereplő csoportok egyikébe sem tartozó műtéti beavatkozások az 5-ös, „nem térített” műtéti térítési kategóriába tartoznak (pl. diagnosztikus célú vizsgálatok, beavatkozások, beleértve a szövettani mintavételeket, citológiákat, injekciós-infúziós kezelések, fizioterápiák, kemoterápiák).

IX.6. A biztosított sporttevékenységének minősítése

- IX.6.1. Jelen általános feltételek szempontjából **kiemelt sportoló**: az a biztosított, aki sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet, továbbá aki külföldi sportszövetségi feltételei szerint megszerzett sportolói engedéllyel rendelkezik.
- IX.6.2. Jelen általános feltételek szempontjából **versenyző sportoló** az a biztosított (továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként végez feltéve, hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi, stb. vagy, hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.).
- Jelen általános feltételek szempontjából a versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló:
- élvonalbeli versenyző sportoló** az a biztosított, aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul,
 - regionális szinten versenyző sportoló** az a biztosított, aki több megyét érintő versenyen indul feltéve, hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló,
 - területi szinten versenyző sportoló** az a biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.
- IX.6.3. Jelen általános feltételek szempontjából **hobby sportoló** az a biztosított, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként és nem versenyző sportolóként végez.

IX.7. Magzatnál fennálló egészségi ok miatt bekövetkező terhesség megszakítás

Amennyiben a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékos állapotban vagy egyéb egészségkárosodásban szenved, és az arra jogosult állami szerv engedélyével kizárólag e miatt történik a terhesség megszakítás.

X. A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A SZOKÁSOS SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ SZABÁLYOK

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános szerződési feltételeknek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérnek.

X.1. A szerződés létrejötte

Jelen feltételek II.2.1. pontja értelmében – a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.

Jelen feltételek II.2.6. pontja alapján – a Ptk. 6:443. § (2) bekezdésétől eltérően – az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérésre a szerződőnek késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül van lehetősége kifogását előterjeszteni.

X.2. Fizetési póthatáridő tűzése, reaktiválás lehetősége

Jelen feltételek IV.3.1. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449. § (1) bekezdésétől – a biztosító a szerződő felet legalább 30 napos póthatáridő tűzésével hívja fel írásban a teljesítésre, amennyiben a szerződő az esedékes biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki.

Jelen feltételek IV.3.3. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449. § (2) bekezdésétől – a szerződő 6 hónapon belül kérheti a díjfizetés elmulasztása miatt kifizetés nélkül megszűnt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását.

X.3. Az elévülési időszak tartama

Jelen feltételek VIII.1. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. Jelen szerződésből eredő igények 2 év eltelté vel évülnek el.

„A” melléklet

Műteti csoportok műteti térítési kategóriák szerinti besorolása TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz (TÁSZF022)

Műteti lista térítési kategóriánként, és a biztosítási összeg térítésének százalékos mértéke:

az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-a

- agyállományt/gerincvelő állományt érintő nyitott műtétek
- nyitott szívsebészeti műtétek
- szervátültetés

az 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-a

- fej-nyaki sebészet (nem beleértve bőr, nyálkahártya és ezek alatti elváltozásokat) kivéve pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, tracheostomia
- nyitott mellkasi (pl. tüdő, mediastinum, nyelőcső, nyirokcsomó) műtétek, kivéve szívsebészet
- szív koszorúér műtétek
- mellkasi, hasi aorta és vena cava nyílt műtétei

az 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-a

- pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy műtétek
- arc- és agykoponya csontjainak, valamint belső fül műtétei
- endoszkópos (pl. thoracoscopos, mediastinoscopos, VATS) mellkasi műtétek
- transzvasalis szívsebészeti, mellkasi, hasi aorta és vena cava műtétek
- aortából és vena cavából eredő nagyerek nyílt műtétei
- hasi, kismedencei műtétek, kivéve diagnosztikus célból, valamint meddőség, terhesség, szülés miatti műtétek
- gerincoszlop nyitott műtétei
- nagyízületi (váll, könyök, csípő, térd) protézis műtétek
- végtagok amputációi csukló, boka és azok magasságától proximálisan

az 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 15%-a

- agyállományt/gerincvelő állományt érintő endoscopos, punctios, drain műtétek, beavatkozások
- perifériás idegműtétek
- arc lágyrészeinek műtétei (pl. külső- és középfül, nyálmirigyek, orr, orrmelléküregek, nyálmirigyek, nyirokcsomók, nyelv, orr- és garatmandula)
- szemészeti műtétek (kivéve látásjavító lézeres szemműtétek)
- endoszkópos (pl. thoracoscopos, mediastinoscopos, VATS) – diagnosztikus mellkasi beavatkozások, mintavétellel vagy anélkül
- szív pacemaker beültetés
- pericardiocentesis – érkatéteres műtétek (pl. stentelések, tágtítások)
- perifériás artériák és vénák műtétei (beleértve a visszérműtéteket)
- mellkasfal és emlő műtétek
- diagnosztikus hasi, kismedencei műtétek mintavétellel vagy anélkül
- hasfali műtétek
- külső nemi szervek, húgycső és végbélnyílás műtétei
- nőgyógyászati curettage és méhszáj (cervix) elváltozások műtétei
- transuretralis (TUR) prostata és húgyhólyag műtétek
- superficialis lymphadectomia
- endoszkópos, terápiás beavatkozások (pl. otoscopia, rhinoscopia, bronchosocopia, gastroscopia, colonoscopia, cystoscopia, ureterosocopia, colposcopia, hysterosocopia, stb)
- percutan viscerostoma (testüregi sztóma) műtétek
- gerincoszlop mikro (minimál invazív) műtétei
- arthroscopos és nyitott ízületi műtétek (kivéve ízületi protézisek)
- nem nagyízületi protézis műtétek
- csont (beleértve a borda, szegycsont, medence, végtagok) betegségek, sérülések, törések műtétei (kivéve végtagok amputációit)
- izom és ín betegségek és sérülések miatti műtétek
- végtagok amputációi csuklótól, bokától distálisan
- szövetátültetés (pl. bőr, szaruhártya, csont, csontvelő, ín, izom hasnyálmirigy, őssejt), kivéve a vérkészítményeket

az 5-ös csoportba sorolt műtétek nem térített műtétek

- lézeres látásjavító szaruhártya műtétek
- érkatéterezés diagnosztikus célból
- bőr és nyálkahártya és azok alatti szövetek sérülésének (pl. varrat, idegentest eltávolítás) ellátása
- bőr, nyálkahártya és azok alatti kötőszövet elváltozásainak műteti eltávolítása (pl. anyajegy, szemölcs, lipoma)
- nyitott testüregekből (pl. tápcsatorna, orr, légcső, hörgő, húgyhólyag, hüvely) és szemből idegentest eltávolítás
- endoszkópos beavatkozások (pl. otoscopia, rhinoscopia, bronchosocopia, gastroscopia, colonoscopia, cystoscopia, ureterosocopia, colposcopia, hysterosocopia, stb) diagnosztikus célból, szövettani mintavétellel vagy anélkül
- arthroscopia diagnosztikus célból
- fogászati beavatkozások
- esztétikai beavatkozások, műtétek
- meddőség, terhesség, szülés miatti beavatkozások, műtétek
- percutan szövettani mintavétel, punctio, drain az agy kivételével bármely szervből

„B” melléklet

Maradandó egészségkárosodás

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra és a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételeiben hivatkozott táblázat a biztosító szolgáltatásának meghatározásához.

Jelen táblázat célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét.

A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek, érzékszervek	Egészségkárosodás mértéke %
egy kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kézujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztés	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%