

A CIB Családfő Biztosítási Szerződés Általános és Különös Feltételei

I. FEJEZET ÁLTALÁNOS FELTÉTELEK

A Biztosító a jelen biztosítási feltételek alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a jelen biztosítási feltételek szerint meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási csomagokban (III. fejezet) meghatározott biztosítási összeg erejéig biztosítási szolgáltatást nyújt. A biztosítási feltételekre, illetve a feltételekben nem rendezett kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

1. A biztosítási szerződés létrejötte, tartama a szerződés alanyai

- 1.1. A biztosítási fedezetet a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Családfő Biztosítási Szerződés (a továbbiakban: **Csoportos Biztosítás**) alapján nyújtja.
- 1.2. A Csoportos Biztosítás határozatlan időtartamra jött létre.
- 1.3. A Csoportos Biztosítás alanyai a Biztosító, a Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett.
 - a) A Biztosító: az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhely: 1082 Budapest, Baross u.1. cégjegyzékszám: 01-10-041566, PSZÁF engedély száma: 05/1991), amely a kockázatot viseli és a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal a Szerződő által fizetett díj ellenében.
 - b) A Szerződő: a CIB Bank Zrt. (székhely: 1027 Budapest, Medve utca 4-14.; cégjegyzékszám: 01-10-041004), amely a Csoportos Biztosítást a Biztosított javára megkötöti.
 - c) Számlatulajdonos: a Biztosított díjfizetési kötelezettségnek teljesítésében működik közre. A számlatulajdonos a Szerződő mindenkor hatályos Általános Üzletszabályzatában meghatározott üzletfelei közül a (i) 18. életévét betöltött, cselekvőképességében nem korlátozott, természetes személy, (ii) devizabelföldi vagy devizakülföldi - ha saját joga szerint ennek minősül - egyéni vállalkozó, (iii) mikro vállalkozás, és aki a Szerződőnél bankszámlaszerződéssel rendelkezik.
 - d) A Biztosított: az a 18-65 év közötti természetes személy, aki a Szerződő felé tett nyilatkozattal a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott. A Biztosított a Csoportos Biztosításhoz csak egy bankszámlához kapcsolódóan csatlakozhat. Biztosított életkora a Biztosított nyilatkozat megtevételekor legfeljebb 64 év lehet. Az életkor számítása úgy történik, hogy a folyóévből ki kell vonni a Biztosított születési évét. A természetes személy számlatulajdonos és Biztosított személye lehet ugyanazon személy, illetve amennyiben nem ugyanazon személy, abban az esetben Biztosított csak a természetes személy számlatulajdonos Ptk.685.b) §-ban megjelölt közeli hozzátartozója valamint élettársa lehet.
Egyéni vállalkozás számlatulajdonos esetében a Biztosított az egyéni vállalkozói tevékenységet végző természetes személy és a Ptk.685.b) §-ban megjelölt közeli hozzátartozója valamint élettársa lehet.
Mikro vállalkozás számlatulajdonos esetében a Biztosított Számlatulajdonos tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője vagy a Ptk.685.b) §-ban megjelölt közeli hozzátartozója valamint élettársa lehet. Mikro vállalkozás számlatulajdonos esetében a Biztosított lehet továbbá a Számlatulajdonos vállalkozás alkalmazottja is.
 - e) A Kedvezményezett: a Biztosított halála esetére szóló szolgáltatás igénybevételére jogosult személy a Biztosított nyilatkozatban megjelölt személy(ek), vagy – kedvezményezett-jelölés hiányában – a Biztosított örököse. A szerződésben foglalt egyéb szolgáltatások igénybevételére a Biztosított a jogosult.

2. A Biztosító kockázatviselésének kezdete

- 2.1. A Biztosító kockázatviselése a Biztosított által tett Biztosítotti nyilatkozat aláírását követő hónap 1. napjának 0. órákor kezdődik. Ez a dátum egyben a Biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló dátuma.
- 2.2. A biztosítás területi korlátozás nélkül, a világ bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre, a nap 24 órájában kiterjed.

3. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

- 3.1. A Biztosító kockázatviselése megszűnik a Biztosított tekintetében
 - a) a Biztosított halálával, az elhalálozásának napjával;
 - b) a Szerződő és Számlatulajdonos között fennálló bankszámla-szerződés megszűnése esetén a biztosítási díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órákor;
 - c) a Biztosított a Szerződő felé tett Biztosítotti nyilatkozatának visszavonásával, a biztosítási díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órákor;
 - d) a Szerződő és a Biztosító között fennálló Csoportos Biztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosítási díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órákor;
 - e) a Biztosított 65. életévének betöltése esetén annak az évről az utolsó napján 24 órákor, amikor a Biztosított 65. életévét betöltötte;
 - f) Amennyiben a Biztosítottnak az 1.3.d.) pont szerinti házastársa, bejegyzett élettársa vagy élettársi jogviszonya megszűnik, a biztosítási díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órákor;
 - g) Áthárított díjfizetés elmulasztása esetén az elmaradt esedékességi díj esedékességétől számított 60. nap elteltével;
- 3.2. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése nem érinti a megszűnés előtt bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folyamatban lévő vagy függő károk elbírálását.
- 3.3. A Biztosított Biztosítotti nyilatkozatát –a Számlatulajdonos beleegyezésével- bármikor visszavonhatja. A Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ilyen esetben a díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órákor szűnik meg.

4. Szerződő és a Biztosított jogai és kötelezettségei

A Szerződő és a Biztosított köteles közlési és változás-bejelentési kötelezettségének eleget tenni.

5. A biztosítási esemény

A Biztosított jelen feltételek III. fejezetben szereplő biztosítási csomagokból választhat. A biztosítási kockázatok balesetbiztosítási és betegségbiztosítási fedezeteket nyújtanak. Egy Biztosított egy betegségbiztosítási és egy balesetbiztosítási csomaggal rendelkezhet. Amennyiben ennél többet kötnek egy Biztosítottra a Biztosító teljesítése ebben az esetben is csak egy-egy csomagra vonatkozik.

6. A biztosítás díja

- 6.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke.
- 6.2. A biztosítás havi díjfizetésű.
- 6.3. A Szerződő által a biztosítás díjfizetésének módja átutalás lehet.
- 6.4. A Szerződő az általa megfizetett díjat havonta áthárítja a Biztosítottra. A Biztosított által az áthárított biztosítási díj megfizetése oly módon történik, hogy a Szerződő havonta megterheli a számlatulajdonos Szerződőnél vezetett bankszámláját az áthárított biztosítási díj összegével. A

biztosítási díj áthárításának napja (bankszámla megterhelésének napja): természetes személy számlatulajdonos esetében minden hónap 2. vagy 3. munkanapja, egyéb számlatulajdonos esetében minden hónap utolsó munkanap.

6.5. Ha a Szerződő a biztosítási díjat az esedékességtől számított 60 napon belül nem egyenlíti ki, a biztosítás megszűnik.

7. A Biztosító teljesítése

7.1. Biztosítási esemény bejelentése (szolgáltatási igény/kárigény)

7.1.1. A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely igényt a Biztosító részére írásban, az alapul szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 15 napon belül kell benyújtani. Halál esetén a Biztosítót azonnal, vagy a lehető legrövidebb időn belül kell értesíteni. A bejelentési kötelezettség elmulasztása esetén a Biztosító annyiban mentesül a szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak.

A Biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli, ami abban áll, hogy panasza esetén köteles azonnal felkeresni orvosát, baleseti sérülése esetén kérni az első akut ellátását.

7.1.2. A Biztosító által igényelt minden igazolást, nyilatkozatot és bizonyítékot a Biztosítónak az általa meghatározott formában és tartalommal kell benyújtani. A szükséges dokumentumok beszerzésének és Biztosítóhoz történő eljuttatásának költségeit a Biztosító nem téríti meg.

7.2. A kárbejelentés során benyújtandó dokumentumok

7.2.1. A biztosítási szolgáltatás iránti igényhez a Biztosított személyi igazolvány másolatát kell benyújtani.

7.2.2. A Biztosító által meghatározott egyéb dokumentumok:

- orvosi igazolás,
- baleset esetén az első, akut ellátást igazoló orvosi dokumentum (ennek hiányában a Biztosító nem teljesít baleseti szolgáltatást),
- kórházi zárójelentés,
- szövettani eredmény (ha történt szövettani vizsgálat),
- rendőrségi jegyzőkönyv,
- a társadalombiztosítási szerv rokkantsági határozata,

Amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény és a szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek:

a) A Biztosított a baleseti maradandó egészségkárosodásra szóló kockázat esetén köteles bemutatni az orvos szakmai előírásoknak, protokolloknak megfelelő dokumentációkat a szolgáltatáshoz.

b) Elhalálozás esetén a fentiekben túl:

- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- a halál okát igazoló orvosi, vagy hatósági bizonyítvány.
- örökösödési minőség hatósági igazolása,

c) Ha a biztosítási esemény külföldön történik: az idegen nyelven kiállított dokumentum hiteles magyar nyelvű fordítása.

7.2.3. A Biztosító szolgáltatása, függetlenül attól, hogy a Biztosított egy vagy több számlaszerződéssel rendelkezik a Szerződőnél, nem többszöröződik, tekintettel arra, hogy a Biztosított csak egy számlaszerződéshez kapcsolódóan csatlakozhat a Csoportos Biztosításhoz.

7.2.4. Bármilyen testi sérülés bekövetkeztét követően a Biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. A Biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a Biztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.

7.2.5. A Biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A károk kifizetése a Biztosító magyarországi központjából történik forintban a Biztosított, annak örököse vagy a Kedvezményezett részére.

8. A Biztosító mentesülése

8.1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Biztosított köteles Biztosítotti nyilatkozatában a Biztosító által feltett kérdésekre közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A nyilatkozatok megtételével, a Biztosító által feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszok megadásával a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.

A változás bejelentési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított köteles a biztosítás tartama alatt 30 napon belül bejelenteni a szerződésben, Biztosítotti nyilatkozatban közölt adataiban vagy a lényeges körülmények megváltozását. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító írásban kérdést tett fel.

8.2. A kárbejelentési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség teljesítése alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké váltak.

8.3. A Biztosító mentesül a betegségi és baleseti halál biztosítási összegének kifizetése alól, ha a Biztosított halálát a biztosítási összegre jogosult szándékosan okozta.

9. Kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi tevékenységekkel:

9.1. Harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben, valamely fél mellett történő aktív részvétellel, vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel.

9.2. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl.: csak légi csapás vagy csak tengeri akció) kommandó támadás, terrorcselekmény. A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a Biztosított az áldozatok érdekében lép fel.

9.3. Jelen biztosítási feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a hatályos Büntető Törvénykönyv annak minősít.

9.4. Atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következnek be.

9.5. Bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével, HIV vírus (AIDS) és ennek mutánsai révén kialakult fertőzésével összefüggésben következett be.

9.6. Gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben sportversenyen való részvétellel vagy ilyen versenyre való felkészüléssel (edzéssel), vagy

- 9.7. egyéb repülősport tevékenységgel (ejtőernyős ugrás, sárkányrepülő), vagy
- 9.8. légi utazással kivéve, ha a Biztosított halála légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, az adott légi járműre érvényes vezetői engedéllyel rendelkező pilóta által vezetett gépen következett be vagy, ha
- 9.9. veszélyes sportok és hobbik (pl. légi sportok, rögbi, baseball, amerikai futball, barlangászás, sziklamászás, hegymászás, bungee jumping, rafting, 10 méternél mélyebben történő búvárkodás) művelésével.

10. Elévülés

A szolgáltatási igény a biztosítási, illetve kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett baleset esetében a kifizetés esedékességétől számított két év alatt évül el.

11. Egyéb rendelkezések

- 11.1. Jelen szerződés kapcsán felmerülő panaszokkal a Szerződő és a Biztosított a Biztosító központjához fordulhatnak.
- 11.2. A Biztosító a Biztosítottat kezelőorvosainak az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel a Biztosító kockázatelbírálási és kárrendezési szerveivel szemben.
- 11.3. A Biztosító jogosult az ügyfelek jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény rendelkezései szerint, a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni. A Biztosító jogosult a számlatulajdonos adatait valamint bankszámla szerződéssel kapcsolatos, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges – banktitoknak minősülő - adatokat kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, illetve az ügyfél, számlatulajdonos hozzájárulása alapján kerülhet sor.
- 11.4. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- 11.5. Az ügyfél tájékoztatást kérhet a személyes adatainak kezeléséről, valamint kérheti az adatai helyesbítését, törlését.
- 11.6. A Biztosítót a birtokába jutott, biztosítási titkok, banktitok tekintetében titoktartási kötelezettség terheli. A Biztosító titoktartási kötelezettségére a Bit. 153-161.§-ban foglalt szabályok az irányadóak.
- 11.7. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő -, a Biztosító rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 11.8. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni.
- 11.9. A Biztosító ügyfeleinek, számlatulajdonosnak azon biztosítási, banktitkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.
- 11.10. A biztosítási, banktitok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 11.11. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
- a feladatkörében eljáró felügyelettel,
 - a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatósággal és ügyészséggel,
 - büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
 - adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
 - a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervekkel,
 - a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítókkal,
 - a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető hivatallal,
 - az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval,
 - a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
 - fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli Biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli Biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval
 - a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztossal,
 - a kártörténetre vonatkozó adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a Bit. 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a Biztosítóval szemben, ha az a-j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A k), l), m) és p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
- 11.12. A Biztosító a nyomozóhatóság és a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles tájékoztatást adni, ha adat merült fel arra vonatkozóan, hogy a biztosítási ügylet:
- kábítószerrel visszaéléssel,
 - terrorcselekménnyel,
 - robbanóanyaggal vagy robbanószerrel visszaéléssel,
 - lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel,
 - pénzmosással,
 - bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

12. Jognyilatkozatok

- 12.1.** A Biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Szerződőnek illetve kár bejelentése esetén a Biztosítottnak az általuk megadott, és a Biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- 12.2.** A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett.

13. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

A Biztosító és a Biztosított kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak tájékoztatása **magyar nyelven** történik.

14. Alkalmazandó jog

A Csoportos Biztosításból valamint a Biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar. Jogvita esetén a magyar jog rendelkezései, elsősorban a Polgári Törvénykönyv, a Bit. és a vonatkozó hatályos magyar jogszabályok irányadók.

15. Panaszügyintézésre jogosult szervek

A felmerülő panaszokkal a Szerződő, illetve a Biztosítottak a Biztosító központjához fordulhatnak: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 1082 Budapest, Baross u. 1., Telefon: (36-1) 486-4200

Vitás kérdések felmerülése esetén: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, 1535 Budapest, 114. Pf. 777. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

II. FEJEZET KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. A balesetbiztosítási csomagra vonatkozó Különös biztosítási feltételek

Az általános feltételekkel együttesen érvényesek

- 1.1.** A biztosítási esemény lehet egy Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül:
- balesetből eredően bekövetkező halála,
 - balesetből eredően bekövetkező maradandó egészségkárosodása 1-10%-ig,
 - balesetből eredően bekövetkező maradandó egészségkárosodása 11-100%-ig.
- 1.2.** Jelen feltétel vonatkozásában
- Baleset: a Biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső erőbehatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel, halállal jár.
 - Nem minősül balesetnek: a betegségből eredő testi sérülés, a foglalkozási betegségi ártalom továbbá a Biztosított öngyilkossága, vagy annak kísérlete még akkor sem, ha azt a Biztosított beszámítási képességének hiányában követte el.
 - Biztosítási esemény időpontja: a 1.1. pontban meghatározott valamennyi biztosítási esemény tekintetében a baleset napja.
- 1.3.** A Biztosító szolgáltatása
- Balesetből eredő halál
Ha a Biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt a balesettől számított egy éven belül meghal, úgy a Biztosító a baleseti halál kockázatának biztosítási összegét kifizeti a Kedvezményezettnek. Ha a Biztosító a Biztosított számára valamely balesete miatt már rokkantsági szolgáltatást teljesített, és ugyanezen baleset miatt a Biztosított a balesettől számított egy éven belül meghal, úgy a Biztosító fizetési kötelezettsége csak a baleseti halál biztosítási összegének arra a részére korlátozódik, amely meghaladja a már kifizetett maradandó egészségkárosodási szolgáltatást. (Lsd 1.3.b)
 - Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás 1-10% között
Ha a Biztosított a szerződés hatálya alatt bekövetkező baleset miatt, azzal összefüggésben, a baleset bekövetkeztétől számított két éven belül legfeljebb 10%-os mértékű állandósult testi károsodást szenved (megrokkann), biztosítási összegét kifizeti a Biztosítottnak.
 - Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás 11-100% között
Ha a Biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező baleset miatt a balesettől számított két éven belül 10%-ot meghaladó mértékű, balesetből eredő maradandó egészségkárosodást szenved (megrokkann), úgy a Biztosító a baleseti maradandó egészségkárosodás kockázatának a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összegéből az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékot, de legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át kifizeti.
- 1.4.** Baleseti maradandó egészségkárosodás mértéke
A maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására a szervek, végtagok illetve működőképességük teljes elvesztése esetén az alábbi táblázat az irányadó.

<i>Testrészek</i>	<i>Egészségkárosodás mértéke (%)</i>	<i>Testrészek</i>	<i>Egészségkárosodás mértéke (%)</i>
<i>mindkét szem látásának elvesztése</i>	100%	<i>egy oldali kézfej elvesztése csuklóból</i>	70%
<i>mindkét kar, vagy kéz elvesztése</i>	100%	<i>egy oldali lábfej elvesztése a boka csatlakozásánál vagy felette</i>	40%
<i>mindkét láb elvesztése combtól</i>	100%	<i>egy szem látásának teljes elvesztése</i>	35%
<i>mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan</i>	100%	<i>jobb hüvelykujj teljes elvesztése</i>	30%
<i>mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval</i>	80%	<i>egy fül hallóképességének teljes elvesztése</i>	25%
<i>egy oldali comb elvesztése</i>	80%	<i>bal hüvelykujj teljes elvesztése</i>	25%
<i>egy oldali felkar elvesztése</i>	80%	<i>mutatóujj teljes elvesztése</i>	20%
<i>egy oldali alkar elvesztése</i>	70%	<i>nagylábujj teljes elvesztése</i>	10%
<i>mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése</i>	70%	<i>egyéb kezujj teljes elvesztése</i>	10%
<i>egy oldali lábszár elvesztése</i>	70%	<i>egyéb lábujj teljes elvesztése</i>	3%

Több szerv, testrész együttes sérülése esetén az egészségkárosodási mértékek összeadódnak, de ennek mértéke a 100 %-ot nem haladhatja meg. A maradandó egészségkárosodás mértékét az előbbi táblázatban felsorolt szervek, végtagok illetve működőképességük elvesztése esetén, a szükséges iratok bemutatása után azonnal, egyéb esetekben legkésőbb a balesetet követő két éven belül a Biztosító orvos szakértője állapítja

meg, függetlenül a társadalombiztosítási szervektől. A Biztosított és a Biztosító is igényelheti a Biztosító orvos szakértője általi személyes vizsgálatot.

Amennyiben a Biztosított a Biztosító döntését vitatja, saját költségén jogosult kezdeményezni a másodfokú orvosi bizottság vizsgálatát.

Amennyiben a Biztosított egészségi állapota a szolgáltatást követően javul, a Biztosító a már kifizetett biztosítási összeget nem igényli vissza.

1.5. Mentésülés a baleseti szolgáltatások alól:

A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

A balesetet súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak kell tekinteni különösen, ha az a Biztosított

- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben,
- súlyosan ittas állapotával közvetlen okozati összefüggésben,
- bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán,
- érvényes jogosítvány nélküli gépjármű vezetése közben,
- ittas gépjárművezetése közben következett be,
- valamint a d-e). esetekben a mentesülés feltétele még, hogy a Biztosított más közlekedérendészeti szabályt is megszegett.

1.6. Kizárások

A biztosításból ki vannak zárva:

- A baleset előtt bármely okból már károsodott beteg, sérült, vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei.
- A napsugárzás által okozott égési sérülések,
- A fagyási sérülések,
- Olyan balesetek, melyek következménye a fogak törése, bármilyen jellegű pótlása,
- Az olyan balesetek következményei, melyek betegségi előzményekből erednek,
- Ficamok, melyek a Biztosított laza ínszövetei miatt következnek be,
- A foglalkozási betegségi ártalom következményei,
- A megemelés következtében kialakuló anatómia elváltozások,
- A Biztosított öngyilkossága vagy annak kísérlete miatt kialakuló sérülés vagy halál még akkor is, ha azt a Biztosított beszámítási képességének hiányában követte is el.

2. A Bármely okú csomagra vonatkozó Különös biztosítási feltételek

Az általános feltételekkel együttesen érvényesek

2.1. A Biztosító az egyes kockázatok esetében a következő szolgáltatásokat nyújtja. A biztosítási fedezet nagysága függ a választott Bármely okú csomagtól (ld. III. fejezet)

2.2. Biztosítási esemény lehet egy Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül:

- bármely okból eredően bekövetkező halála,
- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata szerinti 79 %-ot meghaladó rokkantsága,
- rettegett betegsége,
- balesetből eredően bekövetkező maradandó egészségkárosodása 31-100%-ig.

2.2.1. Bármely okból eredő halál kockázata

Ha a Biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező betegség vagy baleset miatt meghal, úgy a Biztosító a bármely okból eredő halál kockázatának a Biztosítottra vonatkozó, a jelen melléklet utolsó oldalán közölt díjtáblázatban szereplő biztosítási összegét kifizeti a Kedvezményezettnek.

2.2.2. 79%-ot meghaladó, nem rehabilitálható rokkantság

Ha a Biztosítottra vonatkozóan a magyar társadalombiztosítási szerv a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező, előzmény nélküli betegségből származó I. vagy II. csoportú rokkantsági határozatot hoz, a Biztosító kifizeti a Biztosítottra vonatkozó, a III. fejezetben közölt csomagok közül választottban szereplő biztosítási összeget a Biztosítottnak.

Ha a Biztosító a Biztosított számára ugyanezen betegségből eredően már rokkantsági szolgáltatást teljesített, és ugyanezen betegség miatt a Biztosított a kifizetést követő egy éven belül meghal, úgy a Biztosító fizetési kötelezettsége csak a két biztosítási összeg különbözetének megfizetésére korlátozódik.

2.2.3. Rettegett betegségek

Biztosítási esemény a Biztosítottnak e kiegészítő szerződés alapján történt kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett

- szívinfarktusa,
- rákos megbetegedése (rosszindulatú daganat),
- agyi érkatasztrófia,
- veseelégtelensége,
- koszorúér áthidalási műtétje,
- szervátültetése,
- sclerosis multiplex megbetegedése,
- vaksága.

Biztosítási eseménynek minősülnek jelen feltételek szempontjából a következők:

a) Szívinfarktus

A szívizom egy részének olyan elhalása, amelyet az adott terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége okoz. A diagnózisnak a következőkön kell alapulnia:

- jellegzetes mellkasi fájdalom a kórelőzményben,
- az infarktusra jellemző elváltozások az EKG-ban,
- szívizom-specifikus enzimaktivitások emelkedése.

A szolgáltatás akkor is jár, amennyiben az infarktus korai diagnózisa esetén vérrög-oldó kezelés (lízisterápia) vagy ballonos tágítás kerül végrehajtásra, és ezáltal a szívizom-specifikus enzimaktivitások nem igazolhatóak.

A bekövetkezés időpontja: a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont.

Nem minősül biztosítási eseménynek a tünetmentes szívinfarktus.

- b) Rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat)
 Rosszindulatú daganat, amelyet a sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, a szövetek megtámadása jellemez. A rákos megbetegedés jelen feltételek szerint magában foglalja a leukémiát, a krónikus lymphoid leukémia kivételével a lymphomát, a Hodgkin betegséget a II. fokozattól kezdődően, a rosszindulatú melanomát a III. Clark fokozattól kezdve. A bekövetkezés időpontja: a betegség diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja, a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása alapján.
 A biztosításból kizárt:
- minden jóindulatú tumor,
 - a helyi, a környezetét nem megtámadó, ún. lokális daganatok (carcinoma-in-situ, beleértve a cervixdysplasia (CIN-1, CIN-2 és CIN-3) vagy a rákmegelőző formák),
 - a bőr minden hyperkeratózisa és bazálsejtes carcinomája,
 - Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén,
 - TNM-T1 osztályú, szövettanilag igazolt prosztaták (beleértve T1(a), T1(b) vagy más összehasonlítható vagy alacsonyabb osztályozást),
 - emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok.
- c) Agyi érkatasztrófa
 Olyan, az agyi erekben lezajló váratlan folyamat, az agy szövetének trombózisa, koponyán belüli vérzés, koponyán kívüli forrásból származó embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál, neurológiai következményei 30 napnál tovább tartanak. A szélütésre visszavezethető, folyamatosan fennálló idegrendszeri károsodást neurológus által kell igazolni.
 A bekövetkezés időpontja: a kezelőorvos által megállapított és igazolt időpont.
 A biztosításból kizárt:
- migrénből származó cerebrális (agyi) tünetek, valamint trauma (baleset) vagy a fentiektől eltérő eredetű hypoxia (oxigénhiányos állapot) következtében fellépő agyi károsodások,
 - érrendszeri megbetegedések, melyek a szemet érintik.
- d) Veseelégtelenség
 Végállapotú veseelégtelenség, amelyet mindkét vese működésének krónikus és visszafordíthatatlan működésképtelensége okoz, mely tartós művesekezelést vagy transzplantációt igényel.
 A bekövetkezés időpontja: a rendszeres dialíziskezelés megkezdését követő 60. nap.
- e) Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét
 Nyitott mellkasban végzett olyan operáció, amely két vagy több koszorúér szűkületének, illetőleg elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél.
 Jelen biztosítás nem nyújt fedezetet: a nem sebészi eljárásokra, mint amilyen a ballon-katéterezés, angioplasztikai lézerkezelések és más, nem operációs beavatkozások.
 A bekövetkezés időpontja: a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.
- f) Szervátültetés
 Vese, csontvelő (kivéve a saját szervezeten belüli átültetést), máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a Biztosított testébe. Szív-transzplantációnak számít a műszív implantációja is.
 A bekövetkezés időpontja: a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.
 Transzplantáció elvégzése előtt jelentkezhet a szolgáltatási igény, amennyiben bizonyított, hogy a Biztosított:
- hivatalosan elismert transzplantációs várólistán szerepel Magyarországon,
 - szakorvos igazolja, hogy a megbetegedés életveszélyes és a szerv-transzplantáció rövid időn belül a legjobb kezelési mód.
- g) Sclerosis multiplex
 A központi idegrendszer megbetegedése visszafordíthatatlan, jellegzetes idegi kiesésekkel (multi- vagy monofokális), és jellemző betegséggócokkal, megfelelő képkalkotó technikákkal (CT vagy MR) és jellemző liquor lelettel bizonyítottan. Az irreverzibilis neurológiai eltéréseket a neurológus szakorvosnak kell dokumentálnia.
 A szolgáltatási igény fennáll a neurológus szakorvos megbízható diagnózisa után. Megbízhatónak számít egy diagnózis akkor, ha legkorábban 12 hónappal a megbetegedés jelentkezése után állították fel.
- h) Vakság
 Akut betegség vagy baleset következtében mindkét szem látóképességének klinikailag bizonyított teljes és visszafordíthatatlan elvesztése.
 A szolgáltatási igény fennáll a vakság szemorvosi igazolása után.
- Jelen szerződés szerint kizárólag e szerződés kockázatviselési tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegség vagy baleset következményeként elvégzett beavatkozások, vagy megbetegedések minősülnek biztosítási eseménynek.
 A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a választott csomag Rettegett betegségi kockázatára meghatározott biztosítási összeget, amennyiben a fenti biztosítási események bekövetkeztek időpontját a Biztosított 30 nappal túléli. A g) pontban meghatározott SM megbetegedés esetén a szolgáltatás teljesítésére a betegség diagnosztizálását követő egy év múlva kerül sor.
 Egy biztosítási esemény szolgáltatási igényének teljesítésével az adott megbetegedésre vonatkozóan a Rettegett betegségi kockázat megszűnik...
 A szolgáltatás teljesítésére a Biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a Biztosított életében sor került.
 Amennyiben a Biztosított a rettegett betegségi biztosítási összeg kifizetését követő egy éven belül ugyanezen betegség miatt meghal, úgy a Biztosító fizetési kötelezettsége csak a két biztosítási összeg különbözetének megfizetésére korlátozódik.
- 2.2.4. Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás 31-100% között
 Ha a Biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező baleset miatt a balesettől számított két éven belül 31%-ot meghaladó mértékű, balesetből eredő maradandó egészségkárosodást szenved (megrokkán), úgy a Biztosító a baleseti maradandó egészségkárosodás kockázatának a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összegéből az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékot, de legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át kifizeti (ld. II. fejezet 1.4 pont).
- 2.3. **Mentesülés a betegségi szolgáltatások alól**
 A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a betegség diagnosztizálása esetén a Biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszeresedés, kezelések stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövődmény vagy állapotromlás következik be, amely az utasítások betartásával megelőzhető lett volna.
- 2.4. **A biztosított jogviszonya biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a Biztosított:**
 – szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy

– a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be.

2.5. Kizárások

- 2.5.1. A biztosítási esemény bekövetkezte előtt bármely okból már károsodott beteg, sérült, vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 2.5.2. Nem térít a Biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben bizonyítható az a tény, hogy a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat.
- 2.5.3. Nem térít a Biztosító abban az esetben sem, ha a biztosítási esemény összefüggésbe hozható a Biztosított azon betegségeivel, amelyek a biztosítási csatlakozás előtt már fennálltak.

III. FEJEZET BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK

Kockázat neve / Csomag	I.	II.	III.	IV.
Baleseti csomag				
Baleseti halál	25 000 000 Ft	50 000 000 Ft	75 000 000 Ft	100 000 000 Ft
Baleseti rokkantság 1-10%	100 000 Ft	500 000 Ft	900 000 Ft	1 500 000 Ft
Baleseti rokkantság 11-100%	32 000 000 Ft	65 000 000 Ft	95 000 000 Ft	130 000 000 Ft
Biztosítás havi díja	5 000 Ft	10 000 Ft	15 000 Ft	20 000 Ft
Bármely okú csomag				
Bármely okú halál	2 000 000 Ft	7 000 000 Ft	10 000 000 Ft	14 000 000 Ft
TB I-II. rokkantság	2 500 000 Ft	7 000 000 Ft	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft
Rettegett betegség	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Baleseti rokkantság 31-100%	4 000 000 Ft	9 000 000 Ft	12 000 000 Ft	18 000 000 Ft
Biztosítás havi díja	5 000 Ft	10 000 Ft	15 000 Ft	20 000 Ft

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.