

A CIB Családfő Biztosítási Szerződés Általános és Különös Feltételei

I. 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 szolgáltatások táblázatában 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 Generali-Providencia Biztosító Zrt. (székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.; cégjegyzékszám: 01-10-041305, PSZÁF törzsszáma: 10308024), 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) Ügyfél: Szerződő, biztosított és kedvezményezett együttesen.
 - d) Számlatulajdonos: a Biztosított díjfizetési kötelezettségnek teljesítésében működik közre. A számlatulajdonos a Szerződő mindenkor hatályos Általános Üzletszabályzatában meghatározott üzletfelek közül a (i) 18. életévét betöltött, cselekvőképességében nem korlátozott, devizabelföldi vagy devizakülföldi természetes személy, (ii) devizabelföldi vagy devizakülföldi - ha saját joga szerint ennek minősül - egyéni vállalkozó, (iii) mikro vállalkozás, és aki a Szerződőnél bankszámlaszerződéssel rendelkezik.
 - e) 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 Biztosítotti nyilatkozat megtételekor 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. Mikrovállalkozás számlatulajdonos esetében a Biztosított lehet továbbá a Számlatulajdonos vállalkozás alkalmazottja is.
 - f) A Kedvezményezett: a Biztosított halála esetére szóló szolgáltatás igénybevételére jogosult személy a Biztosítotti 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 elhalálzásának napjával;
 - b) a Szerződő és Számlatulajdonos között fennálló bankszámla-szerződés megszűnése esetén a biztosítási díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órákor;
 - c) amennyiben a Biztosított a Szerződő felé tett Biztosítotti nyilatkozatát visszavonja, 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 évnek az utolsó napján 24 órákor, amikor a Biztosított 65. életévét betöltötte;
 - f) Amennyiben a Biztosítottnak az 1.3.d.) pont szerinti házastársi vagy élettársi jogviszonya megszűnik a biztosítási díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órákor;
 - g) Átthárított 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.

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.

5. A biztosítási esemény

A Biztosított jelen feltételek III. fejezetben szereplő biztosítási csomagokból választhat. A biztosítási kockázatok baleset, betegség és életbiztosítási fedezeteket nyújtanak. Egy Biztosított egy balesetbiztosítási és egy bármely okú biztosítási csomaggal rendelkezhet.

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 Biztosítóra. 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.
 - 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:
 - a) orvosi igazolás,
 - b) baleset esetén az első, akut ellátást igazoló orvosi dokumentum (ennek hiányában a Biztosító nem teljesít baleseti szolgáltatást),
 - c) kórházi zárójelentés,
 - d) szövettani eredmény (ha történt szövettani vizsgálat),
 - e) rendőrségi jegyzőkönyv,
 - f) a társadalombiztosítási szerv rokkantsági határozata,Dokumentumok, 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 fentiekén 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 utójára 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.
- 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 okozta.
- 8.4. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a biztosítási esemény a Biztosított öngyilkosságával, öngyilkossági kísérletével összefüggésben következett be, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be vagy Biztosított szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta
A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha
 - a) a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
 - b) a biztosítási esemény kábítószer fogyasztás, kábító hatású anyag, vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
 - c) a baleset idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkeztében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.
 - d) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett és ez a tény a baleset bekövetkeztében közrehatott,
 - e) a baleset a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.

9. Kizárások

- 9.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
 - a) kóros elmeállapot,
 - b) ionizáló sugárzás,

- c) nukleáris energia,
 - d) HIV-fertőzés,
 - e) háborús esemény, vagy állam elleni bűncselekmény.
 - f) a baleset előtt bármely okból már károsodott beteg, sérült, vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei,
 - g) a napsugárzás által okozott égési sérülések,
 - h) a fagyási sérülések,
 - i) olyan balesetek, melyek következménye a fogak törése, bármilyen jellegű pótlása,
 - j) az olyan balesetek következményei, melyek betegségi előzményekből erednek,
 - k) ficamok, melyek a Biztosított laza ínszövetei miatt következnek be,
 - l) a foglalkozási betegségi ártalom következményei,
 - m) a megemelések következtében kialakuló anatómia elváltozások.
- 9.2.** Jelen általános feltételek szempontjából háborús eseménynek minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. légi csapás vagy tengeri akció).
- 9.3.** Amennyiben a szerződés egészségi nyilatkozat kitöltése vagy orvosi vizsgálat nélkül jött létre, akkor a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtti 1 évben meglévő betegséggel vagy kóros állapottal – ide értve a veleszületett rendellenességeket és azok következményeit - okozati összefüggésben álló eseményekre, a kockázatviselés kezdetétől számított 5 évig.
- 9.4.** A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a Biztosított 9.5. pontban meghatározott sporttevékenységével.
- 9.5.** Sporttevékenységek:
Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, moto-cross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
Repülősportok: sportrepülés, ejtőernyős ugrás, vitorlázó és motoros repülés, sárkány és uttrakönnyű repülés, paplanrepülés, hőlégballonozás.
Egyéb: búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá; félkezes, illetve nyílttengeri vitorlázás; vadvízi evezés; hegymászás, illetve sziklamászás az V. foktól; magashegyi expedíció; barlangászat; barlang expedíció.
- 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 kockázatelembírási 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, banki titok 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) a feladatkörében eljáró felügyelettel,
 - b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatósággal és ügyészséggel,
 - c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
 - e) 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,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) 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 feladatkerében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkerében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
 - j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervekkel,

- k) a viszontBiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítókkal,
 - l) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető hivatallal,
 - m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval,
 - n) 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,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
 - p) 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
 - q) a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztossal,
 - r) 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:
- a) kábítószerrel visszaéléssel,
 - b) terrorcselekménnyel,
 - c) robbanóanyaggal vagy robbanószerrel visszaéléssel,
 - d) lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel,
 - e) pénzmosással,
 - f) bünszövetségben vagy bünszervezetben 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 irányadóak.
- 15. Panaszügyintézésre jogosult szervek**
A felmerülő panaszokkal a Szerződő, illetve a Biztosítottak a Biztosító központjához fordulhatnak: Generali-Providencia Biztosító Zrt, Ügyfélkapcsolatok csoportja 1066 Budapest Teréz krt. 42-44., Telefon: 36-40-200-250.
Vitás kérdések felmerülése esetén: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, 1535 Budapest, 114. Pf. 777. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.
- 16. Értelmező rendelkezések**
- 16.1. A baleset, a munkahelyi baleset, a munkahelyi úti baleset és a közlekedési baleset fogalma**
- 16.1.1.** Jelen általános feltételek szempontjából a baleset az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri.
- 16.1.2.** Jelen általános feltételek szempontjából balesetnek minősül továbbá:
- a) a gyermekbénulás és a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok-, vagy/és agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel megállapították, 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 a gyermekbénulásként vagy agyburok- vagy/és agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
 - b) 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.
 - c) 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.
- 16.1.3.** Jelen általános feltételek szerint - a fentiekől eltekintve - nem minősül balesetnek az ember vagy állat által terjesztett bakteriális, vagy vírusfertőzés még abban az esetben sem, ha balesetszerű fizikális ok váltja ki, kivéve ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek. Nem minősül balesetnek továbbá a foglalkozási betegség (ártalom), valamint a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be.
- 16.1.4.** Jelen általános feltételek szempontjából munkahelyi baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a foglalkozása körében végzett tevékenysége közben vagy azzal összefüggésben éri. Nem számít munkahelyi balesetnek az engedély nélkül végzett munkával okozati összefüggésben bekövetkező baleset.
- 16.1.5.** Jelen általános feltételek szempontjából munkahelyi úti baleset az olyan baleset, amely a Biztosítottat a lakásról (szállásról) munkába, illetőleg a munkából lakásra (szállásra) menet közben a legrövidebb útvonalon közlekedve éri.
- 16.1.6.** Jelen általános feltételek alkalmazásában közlekedési balesetnek minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként, vagy utasaként szenved balesetet. Nem minősül közlekedési balesetnek:
- a) a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,

- b) a kerékpárost érő olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
 c) a jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

17. A Biztosított sporttevékenységének minősítése

- 17.1.** Hivatásos sportoló az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség, illetőleg a sportszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.
- 17.2.** Jelen általános feltételek szempontjából versenyző sportoló az a Biztosított (továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem hivatásos sportolónak 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.).
- 17.3.** Jelen általános feltételek szempontjából hobby sportoló az a Biztosított, aki sporttevékenységét nem hivatásos sportolónak és nem versenyző sportolónak végez.

II. KÜLÖNÖS FELTÉTELEK

1. A baleseti halálra vonatkozó különös feltételek

- 1.1.** Biztosítási esemény
 Biztosítási esemény az a baleset, melynek következtében a Biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal.
 A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.
- 1.2.** A Biztosító szolgáltatása
 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a halál időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti.

2. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó biztosítás különös feltételei

- 2.1.** Biztosítási esemény
 Biztosítási esemény az a baleset, melynek következtében a Biztosított maradandó egészségkárosodást szenved.
 Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
 Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosiilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó.
 A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.
 A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.
- 2.2.** A Biztosító szolgáltatása
 A Biztosító szolgáltatása a szolgáltatási igény elbírálásához és a maradandó egészségkárosodás megállapításához szükséges valamennyi okmány beérkezésének időpontjától számított 30 napon belül esedékes. Ha a baleset napjától számított 2 év eltelt, a Biztosító szolgáltatása abban az esetben is esedékes, ha az egészségkárosodás folyamatosan változik. Ez utóbbi esetben a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a baleset napjától számított 2 év letelte után fennálló egészségkárosodás mértékének megfelelően állapítja meg.
 Amennyiben a Biztosított egészségkárosodása folyamatosan változik, a Biztosítottnak joga van biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított 2 évig évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás újbóli orvosi megállapítását kérni. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás megállapítását.
 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szolgáltatás esedékességekor hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegből a maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.
 Az egészségkárosodás fokát a Biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

<i>Testrészek</i>	<i>Egészségkárosodás mértéke (%)</i>	<i>Testrészek</i>	<i>Egészségkárosodás mértéke (%)</i>
<i>mindkét szem látóképességének teljes elvesztése</i>	100%	<i>egyik szem látóképességének teljes elvesztése</i>	35%
<i>egy kar vállizülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége</i>	70%	<i>egyik bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége</i>	30%
<i>egyik comb csípőizületben történő elvesztése, vagy a csípőizület teljes működésképtelensége</i>	70%	<i>egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége</i>	20%
<i>egy kar könyökizület fölöttig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége</i>	65%	<i>egyik fül hallóképességének teljes elvesztése</i>	15%
<i>egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette</i>	65%	<i>a szaglóérzék teljes elvesztése</i>	10%
<i>egyik kar könyökizület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége</i>	60%	<i>egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége</i>	10%
<i>egyik comb részleges csonkolása, vagy a térdizület teljes működésképtelensége</i>	60%	<i>bármely más kezűj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége</i>	5%
<i>mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése</i>	60%	<i>egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége</i>	5%
<i>egyik lábszár részleges csonkolása</i>	50%	<i>az izlelőképesség teljes elvesztése</i>	5%
<i>egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elvesztette</i>	45%	<i>bármely más lábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége</i>	2%

Ha az egészségkárosodás foka nem állapítható meg, akkor azt aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét a fenti táblázat figyelembe vételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosítót más orvosszakértői testületek határozata nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a szolgáltatás mértékének megállapításánál. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

A Biztosító szolgáltatása nem lehet nagyobb a szolgáltatás esedékességekor hatályos kötvényben meghatározott biztosítási összegnél. Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésekor már meglévő sérülés, állapot legalább 25%-os mértékben közrehatott a biztosítási eseménnyel összefüggő maradandó egészségkárosodás kialakulásában, a Biztosító a közrehatás mértékével csökkentett egészségkárosodás alapján szolgáltat.

Ha a Biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat eredményeként született orvosi irat alapján megállapítható.

Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

Ha a Biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatásként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a Biztosított követelheti a Biztosítótól a tényállás alapján neki minimálisan járó összeg kifizetését.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

3. A halálesetre szóló biztosítás különös feltételei

3.1. Biztosítási esemény

A Biztosított balesetből vagy betegségből eredő halála.

3.2. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a haláleseti szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett részére kifizeti a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben meghatározott biztosítási összeget, és ezzel a szerződés az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.

3.3. A Biztosító mentesülése a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete esetén

Az általános feltételekben megfogalmazott mentesülést a Biztosító a jelen pontban meghatározott biztosítási eseményekre csak akkor alkalmazza, ha az öngyilkosság vagy annak kísérlete a Biztosítottra vonatkozó biztosítási szerződés megkötésétől számított két éven belül következik be.

4. Különös kockázatú – rettegett – betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételei

4.1. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény az alábbiakban felsorolt, a (2) bekezdésben definiált, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett váratlan betegség:

- szívizomelhalás (szívinfarktus),
- rosszindulatú daganatos betegség,
- agyi érkatasztrófa,
- krónikus veseelégtelenség,
- szívkoszorúérműtét,
- szervátültetés, ami olyan műtéti beavatkozásnak minősül,
- AIDS.

Jelen feltételek alkalmazásában az (1) bekezdésben felsorolt betegségek definíciói a következők:

a) A szívizomelhalás (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.

b) (b) Rosszindulatú daganatos betegség esetén a szövettani atípia jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis).

Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

A térítendő rosszindulatú daganatok köréből jelen feltételek kizárják a:

- rákelőző (precarcinóma) állapotokat,
 - a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatokat,
 - a bőrrákot, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganatot.
- c) Agyi érkatasztrófa az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes- vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszer az ér által ellátott területeinek elhalása, infarktus és maradandó szervi, idegrendszeri károsodás (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók. A balesettel okozati összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki. Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a Biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.
- d) Krónikus veseelégtelenség áll fenn, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlanul csökkent és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezeltre szorul.
- e) Jelen feltételek szempontjából szívkoszorúérműtétnek számít az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való pótlása vagy a beteg érszakasz ép artériával történő áthidalása által.
- f) Jelen feltételek szempontjából szervátültetésnek minősül az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre. Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a csontvelő-, hasnyálmirigy-, bőr- és csontátültetés, transzfúzió nem biztosítási esemény.

g) Jelen feltételek szempontjából AIDS-nek minősül az, ha a HIV fertőzött vérében a CD4+ (limfociták) sejtek száma tartósan 200/μl alatt marad és opportunista - az emberben meglévő, egyébként ártalmatlan kórokozók okozta - fertőzés járul hozzá.

4.2. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti és ezzel az adott Biztosított vonatkozásában a szerződés kiemelt kockázatu betegségekre vonatkozó része megszűnik.

Amennyiben a Biztosító orvosának véleménye alapján a Biztosított halála okozati összefüggésben áll a jelen feltételek 1. pontjában felsorolt betegségekkel, akkor a Biztosító a halál időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti.

Ha több betegség együttesen lép fel, a biztosítási összeg abban az esetben is csak egy alkalommal teljesíthető.

A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

4.3. A Biztosító teljesítésének feltételei

A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani:

- az általános feltételek 4.3. pontjában felsorolt dokumentumokat
- a kórházi zárójelentést,
- ha műtét is történt, akkor a műtéti leírást,
- továbbá az alábbiakban meghatározott dokumentumokat.

Ha a szolgáltatási igény alapja **szívizomelhalás**, akkor az alábbi egészségi állapotot igazoló egészségügyi dokumentumok benyújtása szükséges:

- a kórtörténetben típusos mellkasi fájdalom és
- friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás (jelen feltételek szempontjából csak azok a szívizomelhalások tekinthetők a kockázatviselési körbe tartozónak, melyeknél a koszorúér-elzáródással okozati összefüggésben a hagyományos - 12 elvezetéses - EKG felvétel bármelyik elvezetésében kóros, korábban nem észlelt Q hullám - szélessége meghaladja a 40 ms-ot, amplitúdója az R hullám amplitúdójának 25%-át - jelenik meg) és
- az úgynevezett szívizomspecifikus enzimszintek körjelző mértékű emelkedése - bármelyik intracelluláris enzim (CPK, CKMB, SGOT, LDH, alfaHBDH) szintjének szignifikáns, jól dokumentált emelkedését ezen feltétel megvalósulásaként értékeljük - (A két utóbbi körülmény egyidejű megvalósulása önmagában is bizonyító értékű).

Ha a szolgáltatási igény alapja **rosszindulatú daganat**, akkor be kell nyújtani a pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati leletet.

Ha a szolgáltatási igény alapja **agyi érkatasztrófa**, akkor be kell nyújtani a hiteles dokumentummal igazolható érkatasztrófa után 60 nappal is fennálló, az érkatasztrófával okozati összefüggésben álló szervi központi idegrendszeri károsodást jelző tüneteket igazoló egészségügyi dokumentumokat.

Ha a szolgáltatási igény alapja **krónikus veseelégtelenség**, akkor be kell nyújtani a legalább 60 nap óta tartó rendszeres művesekezelést igazoló - a dialízist végző egészségügyi intézmény által kiállított - egészségügyi dokumentumokat.

Ha a szolgáltatási igény alapja **szívkoszorúérműtét**, akkor be kell nyújtani az előzetes koszorúérfestés eltéréseire alapozott, helyesen felállított orvosi javaslat alapján az áthidaló műtét megtörténtét igazoló zárójelentést.

Ha a szolgáltatási igény alapja **szervátültetés**, akkor be kell nyújtani helyes orvosi javaslat alapján elvégzett műtéti beavatkozást igazoló egészségügyi dokumentumot.

Ha a szolgáltatási igény alapja **AIDS**, akkor az alábbi egészségügyi dokumentumok benyújtása szükséges:

- legalább két mérési eredmény, amely igazolja, hogy a CD4+ sejttség a kritikus érték alatt marad és
- az ehhez járuló opportunista fertőzést igazoló dokumentum.

4.4. A kockázatviselésből kizárt események

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az általános feltételek 9. pontjában felsorolt eseményekre.

Nem vonatkozik az általános feltételek HIV fertőzésre vonatkozó kizárása az AIDS betegsége (jelen feltételek 1.(1)(g) pont), feltéve, hogy a Biztosított az ajánlattételkor nem volt HIV fertőzött.

III. BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK

Csomag	I.	II.	III.	IV.
Kockázat neve				
Baleseti csomag				
Baleseti halál	15 000 000	30 000 000	45 000 000	60 000 000
Baleseti rokkantság	30 000 000	60 000 000	90 000 000	120 000 000
Biztosítás havi díja	5 000 Ft	10 000 Ft	15 000 Ft	20 000 Ft
Bármely okú csomag				
Kockázati élet	5 000 000	10 000 000	15 000 000	20 000 000
Teljes és végleges rokkantság	10 000 000	15 000 000	15 000 000	20 000 000
Baleseti rokkantság	7 000 000	8 000 000	10 000 000	15 000 000
Rettegett betegség	5 000 000	10 000 000	15 000 000	20 000 000
Biztosítás havi díja	5 000 Ft	10 000 Ft	15 000 Ft	20 000 Ft

Generali-Providencia Biztosító Zrt.