



Feltétel

3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

2016. január 1-től érvényes

3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának megtétele előtt figyelmesen olvassa el az Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatónkat és a **szereződési feltételeket**.

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

A Biztosító Felügyeleti szerve: a Magyar Nemzeti Bank
székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.;
ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

A biztosítási szerződés jellemzőire vonatkozó általános ismereteket a 3D Csoportos élet-, baleset és betegségbiztosítás általános feltételei (továbbiakban: általános feltételek), a speciális tudnivalókat pedig kockázatonként a 3D Csoportos élet-, baleset és betegségbiztosítás különös feltételei (továbbiakban: különös feltételek) tartalmazzák.

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

Fontos tudnivalók

- A szerződés jellemzőire vonatkozó **általános ismeretek** – így többek között a biztosítási időszak és tartam meghatározása, a biztosító **kockázatviselésének** kezdetére és megszűnésére, valamint a **szereződés megszűnésére** vonatkozó tudnivalók az általános feltételek **5–21. pontjában** szerepelnek.
- A különös feltételek I. és II. fejezetei, Kiemelten súlyos betegségekre vonatkozó biztosítás esetén a I-III. fejezetei a **biztosítási eseményeket és szolgáltatásokat** tartalmazzák.
- A **díjfizetésre, elszámolásra** vonatkozó feltételeket, az érték-követési lehetőséget az általános feltételek **29–38. pontja** szabályozza.
- A szolgáltatás igénylésének feltételeit, a **szolgáltatások teljesítésének módját** az általános feltételek **40–50. pontja** foglalja össze.
- A biztosító **mentesüléséről** és a **nem vállalható** (kizárt) kockázatokról az általános feltételek **51–58. pontja** tájékoztat.

- Az általános feltételek **59–64. pontja** emeli ki a **törvények** által meghatározott, az Ügyfelek számára fontos egyéb információkat, úgymint
 - az **adatok kezelésére**, a biztosítási titokra, az adatok **továbbíthatóságára** a Biztosítási törvényben előírtakat,
 - a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panasz előterjesztésével kapcsolatos rendelkezéseket.
- **A biztosítási szerződés köthető határozott vagy határozatlan tartamra. Határozatlan tartamú szerződésnél, amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés az utolsó adatközlőben foglaltaknak és a szerződés tartalmának megfelelően további egy biztosítási időszakra folytatódik.**

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra:

- A biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével és az adatok továbbításával kapcsolatos tudnivalókat az általános feltételek **59–63. pontja** tartalmazza.
- Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a biztosítási tevékenységről szóló, 2014. évi LXXXVIII. törvényben foglaltaknak megfelelően – az általános feltételek **61–63. pontjában** meghatározott szervezeteknek továbbíthatja.
- A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő a **Feltételek VI.2. pontjában** foglaltak szerint.
- Amennyiben ennek a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. tv.-ben rögzített feltételei fennállnak, panaszával a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (1525 Budapest, BKKP Pf.: 172) vagy a **Magyar Nemzeti Bankhoz** (1534 Budapest, BKKP Pf.: 777), vagy a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bíró-sághoz** fordulhat. A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a társaságunk székhelyén (1134 Budapest, Róbert K. krt. 70–74.) megtalálható Ügyfélszolgálaton, valamint a **www.uniqa.hu** honlapon közzétett Panaszkezelési Szabályzatból.

Köszönjük, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

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

Az itt nem szabályzott kérdésekben a szerződésekhez kapcsolódó különös feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A szerződésekhez tartozó különös biztosítási feltételektől való eltérés esetén a különös feltételek a mérvadók.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

I.1 A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében, a létrejött szerződésben és annak különös feltételeiben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.

2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését valamennyi biztosítottra együttesen vállalja.

A **szerződő** lehet bármely Magyarországon működő

- a) jogi személyiséggel nem rendelkező munkáltató,
- b) cégjegyzékbe, illetve más bírósági nyilvántartásba felvett jogi személy, illetve gazdasági társaság,
- c) egyéb szervezet, közösség.

A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.

A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **írásban** eljuttatták.

A biztosító a nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosított(ka)t tájékoztatni.

3. A biztosítási szerződés **egyidejűleg egy vagy több, biztosítottakból álló csoportra** vonatkozik.

A **Csoportok** képzése a szerződő által, az ajánlatban meghatározott objektív szempont(ok) – többek között a foglalkozás, a beosztás, a munkavégzés helye, a munka veszélyessége – alapján, természetes személyekre vonatkozóan történhet.

Biztosított az a természetes személy, akit a szerződő – mint a szerződésben megjelölt valamelyik csoport tagját – biztosításra jelölt, és akire vonatkozóan a biztosító a kockázatviselést vállalta.

Biztosított személy **nem lehet** az, aki

- a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetének évében betölti vagy korábban már betöltötte 65. életévét,

- a biztosítás rá vonatkozó kezdete előtt
 - már nyugdíjas, rokkantsági nyugdíjas,
 - baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas,
 - munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatósághoz.
- **Nem lehet biztosított az a munkavállaló, aki**
 - GYES-en, illetve GYED-en van,
 - rendkívüli okból fizetés nélküli szabadságát tölti.
- **Nem lehet biztosított az a munkavállaló, vagy megbízasi, illetve vállalkozási szerződéssel foglalkoztatott személy, akinek**
 - a foglalkoztatása nem éri el a 30 órát hetente.

A szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt a biztosított nem léphet a szerződő helyébe.

4. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult. Haláleseti kedvezményezettként több személy is megnevezhető. A szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Abban az esetben, ha bementőre szóló kötvényt állítottak ki, a kedvezményezett későbbi kijelölése akkor lép hatályba, ha a kötvényt megsemmisítették és új kötvényt állítottak ki.

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

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

Amennyiben a szerződésben az adott biztosítotthoz tartozóan kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy a biztosított írásbeli hozzájárulása hiányzik, illetve a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghalt, és helyette mást nem jelöltek meg, a kedvezményezett maga a biztosított, illetve – halála esetén – az örököse.

I.2 A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

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

6. A szerződés a jelen **Általános Feltételekből**, a választott kockázatokra vonatkozó **különös feltételekből**, továbbá **ajánlatból**, **kötvényből** és **együttműködési megállapodásból** áll, melyet a biztosítottakra vonatkozó **adatközlők** és egyéb **nyilatkozatok** egészíthetnek ki.

A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot**, illetve – a biztosítási összeg nagyságától függően – orvosi vizsgálatot kérhet. Az orvosi vizsgálatok eredményeit a biztosított az egészségügyi szolgáltatójánal megismerheti.

7. A szerződés úgy **jön létre**, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzá tartozó dokumentumok alapján **kockázatelbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (**KÖTVÉNYT**) állít ki. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum a **KÖTVÉNY**. A biztosítónak jogában áll az **ajánlatot módosításokkal elfogadni**. Lényeges eltérések esetén a biztosító erre a tényre a szerződő figyelmét a kötvény kiadásakor írásban felhívja. Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér, és az eltérést a szerződő tizenöt napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre.

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

A szerződés létrejön abban az esetben is, ha a biztosító az összes szükséges kellelkel (adatközlővel, nyilatkozattal) ellátott ajánlatra, annak beérkezését követő tizenöt napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül nem nyilatkozik.

I.3 A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE

8. A biztosítás az azt követő napon **LÉP HATÁLYBA**, amikor a szerződő az első vagy egyszeri díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésre vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

I.4 A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE; „KEZDETI” ÉS „ÚJ” BIZTOSÍTOTTAK

9. A **KEZDETI** (a szerződésbe annak kezdetével bevont) **biztosítottakra** vonatkozóan a biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** a szerződés hatályba lépésével egyidejűleg kezdődik. Ha a felek díjhalasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés kezdete a szerződésben kerül rögzítésre.

Új (meghatározott csoportba a szerződés kezdetét követően belépő) **biztosítotttra** a biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** az azt követő napon kezdődik, amikor a biztosítóhoz a szerződésben előírt módon a vonatkozó adatközlés beérkezik, feltéve, hogy a biztosító az adatközlő beérkezését követő 15 napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül nem nyilatkozik.

10. A szerződésbe orvosi vizsgálat nélkül bevont biztosítottak esetében a biztosító a rájuk vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított **3 hónap várakozási időt köt ki a haláleteseti szolgáltatásra vonatkozóan**. A **várakozási idő** tartama

alatt a biztosító csak a balesetből eredő biztosítási eseményekre vállalja a kockázatot.

11. Ha egy kezdeti biztosított a biztosítási szerződés kezdetekor **betegszabadságon** vagy **táppénzes állományban** van, a biztosító kockázatviselése csak személyre szabott kockázat-elbírálást követően, de legkorábban a betegszabadság, illetve a (ezt követő) táppénzes időszak leteltével kezdődhet. Az ilyen esetekben a betegszabadság, illetve a (ezt követő) táppénzes időszak leteltét a biztosítóhoz be kell jelenteni, és a bejelentését követő 60 napon belül a biztosítónak lehetősége van a kockázat vállalását véglegesen elutasítani.

12. Amennyiben valamely biztosított vonatkozásában a szerződés tartama alatt a biztosítási összeg megemelkedne, a biztosító a megnövekedő biztosítási összeg elfogadását (újabb) kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti.

13. A kockázatviselés **területi hatálya** – a betegségbiztosítások kivételével – **a világ összes országa**.

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

14. A szerződés a fentiekől eltérő területi hatályt és kezdeti kockázatviselési időpontokat is rögzíthet.

I.5 A SZERZŐDÉS TARTAMA

15. A biztosítási szerződés **KEZDETE** és **LAJÁRATA** a szerződésben ekként megjelölt napok.

16. A biztosítási szerződés **HATÁROZOTT TARTAMÚ**, ha mind a kezdet, mind a lejárat napja meghatározásra kerül.

A biztosítási szerződés **HATÁROZATLAN TARTAMÚ**, ha csak a kezdet napja kerül meghatározásra.

17. A **BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓK** a szerződés kezdetéhez tartozó hónapnak és napnak megfelelő évfordulók a szerződés fennállása alatt.

Az évfordulókhoz kapcsolódnak – többek között – a felmondási jog, a biztosítási díj elszámolása, a szerződés tartalmi módosítása és az esetleges értékkövetés.

18. **Határozott tartamú** szerződés esetén a **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a szerződés kezdete és lejáratá közötti időszak.

Határozatlan tartamú szerződés esetén a **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a biztosítási évfordulókhoz igazodó egy éves időtartam.

19. **Határozatlan tartamú** szerződésnél, amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés az utolsó adatközlőben foglaltaknak és a szerződés tartalmának megfelelően **további egy biztosítási időszakra** folytatódik.

I.6 A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

20. A biztosítási **szerződés** – ezzel a biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítottra – **megszűnik** az alábbi esetek bármelyikében:

- ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal a felmondási szándékát a másik félnek írásban bejelenti, a biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- díjnemfizetés esetén (38. pont);
- határozott tartamú szerződés esetén a szerződés lejáratának végével;
- ha a szerződő jogutód nélküli felszámolásáról rendelkező határozat született, a rendelkező határozat szerinti utolsó működési nap és a díjfizetéssel rendezett időszak utolsó napja közül a korábbi leteltével.

21. **Valamely biztosítottra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:

- ha a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe bevont valamelyik csoporthoz való tartozása (3. pont) megszűnik, a csoporttagság utolsó napjának leteltével (így többek között kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjba vonulás miatt);
- ha biztosítási eseményből eredően a biztosító legalább 50%-os maradandó egészségkárosodás miatt szolgáltatást teljesített, a teljesítés napjának leteltével;
- ha a társadalombiztosítás erre kijelölt szerve legalább 50%-os egészségkárosodást állapított meg, a határozat kelte szerinti nap végével;
- annak a naptári évnek a végével, amelyben a biztosított életkora eléri a 65. életévet;
- a biztosított halálának időpontjával.

I.7 KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

22. A szerződőt és biztosítottat egyetemleges **KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG** terheli, melynek értelmében a **szerződésalkötéskor**, illetve a biztosítottnak a szerződésbe történő **belépésekor** kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan – így többek között a biztosított egészségi állapotával, a munkavégzés jellegével kapcsolatos – körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő illetve a biztosított a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

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

A közlési kötelezettség vonatkozik a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló tényezők közlésére a **szerződés módosításakor** is, így különösen a biztosítási évfordulóhoz kapcsolódó elszámolásakor, adatközléskor és a szerződés átdolgozásakor.

A szerződő és a biztosított köteles a közölt adatok ellenőrzését a biztosító részére lehetővé tenni.

A szerződő köteles a szerződésben rögzített adatainak, jogállásának megváltozásáról a biztosítót 5 munkanapon belül írásban értesíteni. Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a szerződő viseli.

II. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

II.1 A BALESET FOGALMA

23. A jelen általános feltétel hatálya alá tartozó biztosításoknál

- BALESETNEK minősül** a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, melynek következtében a biztosított meghal, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

- MUNKAHELYI BALESETNEK minősül** az olyan baleset, amely a munkavállalót a munkáltató telephelyén vagy azon kívül a munkáltató rendelkezése folytán, illetve munkáltató érdekében végzett munka során érte, ideértve a kiküldetés során bekövetkezett balesetet is. Amennyiben a szerződés erre vonatkozóan külön kitéltet nem tartalmaz, úgy az úti baleset [23. c) pont] nem tekintendő munkahelyi balesetnek.

- ÚTI BALESETNEK minősül** a biztosított kereső tevékenységével összefüggésben a lakóhelyéről közvetlenül a rendszeres munkavégzés helyére vagy onnan közvetlenül a lakóhelyére történő eljutás során bekövetkezett baleset.

- KÖZLEKEDÉSI BALESETNEK minősül** a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogként vagy gépjármű, gépjárműnek nem minősülő motoros jármű, valamint kerékpár vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősül közlekedési balesetnek

– a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű;

– a kerékpárost ért olyan baleset, melynek bekövetkezésében nem hatott közre más mozgó jármű;

– a gépjármű, a gépjárműnek nem minősülő motoros jármű, valamint a kerékpár vezetőjét vagy utasát ért olyan baleset, amely nem a saját, vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.

II.2 A BETEGSÉG ÉS A KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

24. Jelen általános feltétel hatálya alá tartozó biztosításoknál

- BETEGSÉG** az orvostudomány álláspontra szerinti a biztosított egészségében bekövetkező olyan rendellenes testi, szervi vagy szellemi állapot, amely nem minősül baleseti jellegűnek [II.1.23. a) pont], és objektív tüneteket mutat.

- KÓRHÁZNAK** minősül az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet – Magyarországon a magyar tisztiorvosi szolgálat – által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenléttel biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az

esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozó-intézetek, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.

- c) **MŰTÉTNEK** minősül minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre.
- d) **GYÓGYKEZELÉS** minden olyan, az illetékes minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete által elismert tevékenység, amely az egészség megőrzésére, továbbá a megbetegedés megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából az érintett közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára, illetve mindezek érdekében az érintett vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul.
- e) **KERESŐKÉPTELENSÉGNEK** minősül az az állapot, amikor a biztosított saját betegsége vagy balesete miatt kereső tevékenységét – orvosilag indokoltan – nem képes ellátni. A keresőképztelenség tényét és időtartamát a mindenkor hatályos jogszabályok rendelkezéseiben meghatározott orvosnak igazolnia kell.
- f) **BETEGSZABADSÁG** az az időszak, amely a hatályos rendelkezések szerint ilyen néven a munkavállalót keresőképztelensége idejére naptári évenként megilleti.

III.3 BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

- 25. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a szerződéshez tartozó különös feltételekben ilyen címen meghatározott esemény.
- 26. A **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor – a különös feltételek szerint – fellépő kötelezettsége.
- 27. A szolgáltatás pénzben kifejezett értékét, azaz a **BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG**et a szerződő határozza meg az ajánlattételkor, ha azt a különös szerződési feltételek másként nem szabályozzák. A szerződő eldöntheti, hogy a biztosítási összegek
 - a) a szerződésben megjelölt biztosítottak rendszeres munkaviszonyból származó, az Ajánlaton [5. pont] részletezett jövedelmének biztosított csoportonként külön-külön meghatározott százalékaival legyenek egyenlők, vagy
 - b) az azonos biztosított csoportokhoz tartozó biztosítottakra nézve azonosak legyenek, vagy
 - c) a szerződésben megjelölt biztosított csoportokra nézve egyedi szabály alapján kerüljenek meghatározásra.A szolgáltatás nagysága a szerződés tartamán belül a szerződési feltételekben szabályozott esetekben változhat.
- 28. **ÖSSZEGZÖDÉSNEK** (kumuláció) minősíti a biztosító azt, ha valamely véletlen esemény egyidejűleg több biztosítási esemény bekövetkezését idézi elő. Az egyes szerződések vonatkozásában összegződés esetére a biztosító meghatározhatja szolgáltatási kötelezettsége maximumát. Ez esetben, ha a biztosító teljesítési kötelezettsége együttesen meghaladná a szolgáltatási maximumot, a

biztosító az egyes biztosítottakra eső kifizetéseket a szükséges mértékig, arányosan csökkentve teljesíti.

III. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

III.1 A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

- 29. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **BIZTOSÍTÁSI DÍJ** ellenében vállalja. A biztosítási díj meghatározása a szerződés tartalmának – így többek között a csoportra jellemző veszélyességnek, a biztosítottak létszámának, a biztosítási eseményeknek, a szolgáltatás időbeli jellegének, az egyes biztosítottak korának, nemének, foglalkozásának és egészségi állapotának, a biztosítási összegeknek, a díjfizetés gyakoriságának – megfelelően történik.
 - 30. A biztosítási szerződés kezdetére vonatkozóan a biztosító meghatározza a kezdeti biztosított létszámra számított **KEZDETI**, az első biztosítási időszakra vonatkozó **biztosítási díjat**, mely mindaddig érvényes marad, amíg azt az elszámolás szabályai szerint [III.2. fejezet] módosítani nem kell. A **határozott** és a **határozatlan tartamú** szerződések **kezdeti díját egyösszegben**, az ajánlattételkor kell megfizetni. A **határozatlan tartamú** szerződések **további** biztosítási időszakokra vonatkozó előzetes díjai az egyes időszakok első napján, előre esedékesek..
 - 31. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat a biztosítási időszakokra eső díjak **részletekben** történő fizetéséhez. A pótdíj mértéke a díjfizetés gyakoriságától és módjától függ, és a tartamon belül változhat. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján előre esedékesek.
- ### III.2 A FELEK KÖZÖTTI ELSZÁMOLÁS, ADATKÖZLÉS, VÁLTOZÁSJELENTÉS
- 32. A felek közötti elszámolás, adatközlés és változásjelentés részletes szabályait és a felek közötti egyéb egyezségeket az **EGYÜTTMŰKÖDÉSI MEGÁLLAPODÁS** tartalmazza.
 - 33. A szerződő az adott időszak alatt bekövetkezett – a biztosítottakat érintő – változásokat a biztosító által rendelkezésre bocsátott **változásjelentő lapon** vagy egyéb, az együttműködési megállapodásban rögzített (elektronikus) formában és az ott meghatározott gyakorisággal, de **biztosítási időszakonként legalább egyszer** közli.
 - 34. Ha a biztosított létszám megváltozása miatt valamely biztosítási időszakra vonatkozóan a megállapított díj legalább 10%-os mértékben módosul, úgy a szerződő vagy a biztosító kérheti az eltérésből fakadó díjkülönbözet soron kívüli elszámolását. A felek az eltérés más százalékos mértékében is megállapodhatnak.
 - 35. Valamely biztosítási időszakra vonatkozó díj **végleges elszámolása**:
 - a) A szerződő köteles a biztosítási időszak végét követő 30 napon belül havi részletezettségű **adatközlőt** küldeni

a biztosítónak. Az ADATKÖZLŐ tartalmát a szerződő felek a kockázatvállalás függvényében – az együttműködési megállapodás részeként – rögzítik.

b) A biztosító köteles az adatközlő beérkezésétől számított 30 napon belül a megelőző időszakra készített **végleges elszámolást** a szerződőnek megküldeni.

36. Határozatlan tartamú biztosítás esetén a **következő biztosítási időszakra** vonatkozó díj **előzetes megállapítása:**

a) A biztosító a következő biztosítási időszak kezdetét legalább 30 nappal megelőzően a szerződő által addig közölt adatok, információk alapján megállapítja a következő biztosítási időszakra vonatkozó **előzetes biztosítási díjat**, és erről tájékoztatja a szerződőt.

b) A szerződő és a biztosító a lezáruló biztosítási időszak vége előtt véglegesítik a következő biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási **kockázatokat, szolgáltatásokat** és a **biztosított csoportokat**.

c) A biztosító az éppen lezárult biztosítási időszakra készített végleges elszámolás megküldésével [35. b) pont] egyidejűleg – az addigi információk alapján – megküldi a szerződő részére a következő biztosítási időszakra vonatkozó, **pontosított előzetes biztosítási díjat**.

37. A biztosítási időszakra vonatkozó végleges elszámolás megküldését [36. pont] követő **15 napon belül** – figyelemmel az esetleges következő biztosítási időszakra vonatkozó pontosított előzetes biztosítási díjra is – a szerződő felek az alábbiak szerint számolnak el egymással:

– ha a szerződőnek követelése van a biztosítóval szemben, és az nem haladja meg a következő díj(részlet) összegét, úgy a biztosító azt előre fizetett díjként kezeli;

– ha a szerződő követelése meghaladja a következő díj(részlet) összegét, úgy a biztosító a különbözetet 15 napon belül a szerződőnek átutalja;

– ha az elszámolás szerint a biztosítónak követelése van a szerződővel szemben, úgy a szerződő az elszámolás kézhezvételétől számított 15 napon belül a követelés összegét köteles a biztosítónak átutalni.

38. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor **nem egyenlíti ki**, és a díjfizetési halasztásban írásban sem állapodott meg a biztosítóval, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

IV. ÉRTÉKKÖVETÉS, MARADÉKJOGOK

39. Amennyiben a biztosítási összeg nem a biztosítottak jövedelmére vetítve lett meghatározva, akkor a szerződés fennállása alatti időszakra vonatkozóan a felek a szerződés megkötésekor előzetesen megállapodhatnak **ÉRTÉKKÖVETÉSBEN**, azaz a biztosítási összeg – és ehhez tartozóan a biztosítási díj megfelelő mértékű – rendszeres, biztosítási évfordulónkénti **emelésében**.

Jelen feltételek alapján nincsenek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradó maradékjogok (visszavásárlás, díjmentesítés), biztosítási kötvénykölcsön nem igényelhető, és többelthozam-megosztásra nem kerül sor.

V. A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

V.1 A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

40. A **biztosítási eseményt** annak a bekövetkeztétől számított **8 napon belül** a szerződőnek, vagy másodsorban a jogosultnak, írásban be kell jelentenie a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

41. A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti. A szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelemes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket a biztosító kamatmentesen teljesíti.

A szolgáltatás felvételére a szerződésben érvényesen megjelölt kedvezményezett(ek), ennek hiányában a biztosított, illetve örökös(ei) jogosult(ak).

42. A biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes szerződési feltételeknek megfelelően, a szolgáltatásra vonatkozóan rendelkezésére álló **legutolsó adatközlés tartalma** szerint nyújtja. Az érintett biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a biztosító bekéri a szerződő féltől a szükséges adatokat, és kérheti a biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is.

43. A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított **2 év elteltével** a biztosításból eredő igények **elévülnek**.

V.2 A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

44. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak többek között az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:

a) a szolgáltatási igény bejelentése;

b) a díjfizetés igazolása;

c) a szerződő igazolása a biztosított csoporttagságáról (többek között: munkaviszonyáról, foglalkoztatásáról, tagsági viszonyáról) és az érintett csoport létszámáról a biztosítási esemény bekövetkeztekor;

d) jövedelemtől függő biztosítási összeg (*lásd 27.a) pont*) esetében a jövedelem kimutatása;

e) az egészségügyi ellátás és a gyógyulási időszak orvosi dokumentációja;

f) kórházi ápolás esetén: a kórházi zárójelentés, az esetleges baleseti eredet igazolásával együtt;

g) keresőképtelenség esetén: „Orvosi igazolás”, az esetleges baleseti eredet igazolásával együtt;

h) elhalálozás esetén: a halotti anyakönyvi kivonat, a halál okát, esetleges baleseti eredetét igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány;

i) munkahelyi baleset esetén: a munkahelyi baleseti jegyzőkönyv;

- j) baleseti sérülés esetén: a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások;
- k) munkaképesség csökkenés, illetve egészségkárosodás esetén: az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakvéleménye az egészségkárosodásról és az ezt megállapító jogerős társadalombiztosítási határozat;
- l) a biztosító által meghatározott egyéb, a kockázat eredeti vállalhatóságával, a káresemény igazolásával, a kárkifizetéssel összefüggő okiratok (így többek között: a születési dátum igazolása, orvosi igazolások, táppénzes lap, kórházi zárójelentés, a kedvezményezett személyi igazolványának másolata);
- m) egyéb dokumentumok, amelyek a jogosultság (kedvezményezettség), továbbá a biztosítási esemény és a szolgáltatás mértékének megállapításához szükségesek.

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

A BIZTOSÍTÓ FELÜLBÍRÁLATI JOGAI

46. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához saját orvosszakértőt vehet igénybe. A biztosító orvosszakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – egyebek mellett – felülbírálni:
- 46.1. a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés szükségességét és indokolt időtartamát,
 - 46.2. a keresésképtelenség tényét és indokolt időtartamát,
 - 46.3. a maradandó egészségkárosodás tényét és mértékét.
47. A biztosító orvos-szakértőjének megállapításai függetlenek minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos-szakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvosszakértőjének véleményét veszi alapul.
48. A biztosítási esemény igazolásával kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.
49. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén azon okiratok bemutatását kérheti, amelyek alkalmasak a biztosítási esemény bizonyítására. A biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezését a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek bizonyítani szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén annak bizonyítására alkalmasak azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok, amelyek a biztosítási esemény jogalapját, valamint annak összegaszerúségét bizonyítják. A felsoroltakon kívül a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.
50. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a biztosító

a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

V.3 KIZÁRÁSOK; A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

KIZÁRÁSOK

51. A biztosító **kockázatviselési köréből kizárja** azon eseményeket, amelyek
- a) közvetlenül összefüggésben állnak háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással;
 - továbbá közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak
 - b) radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
 - c) HIV fertőzéssel;
 - d) különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, búvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint motoros meghajtású szárazföldi, vízi, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó, és egyéb, rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
 - e) repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett polgári légi utasforgalomban;
 - f) a gyógykezelés- vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokat (kivéve, ha annak igénybevételére a szerződés hatálya alá tartozó baleseti esemény miatt volt szükség);
 - g) a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;
 - h) a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elmebeli) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítottat kezelték vagy kezelését javasolták;
 - i) alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással vagy szolgáltatással, és elvonókúrákkal.
52. A biztosító a **balesetbiztosítási** események köréből továbbá **kizárja**
- a) a biztosított elme- vagy tudatzavarával, illetve öngyilkossággal vagy annak kísérletével okozati összefüggésben bekövetkező baleseteket;
 - b) a biztosított személy bármely okból maradandóan károsodott vagy nem ép testrészeit ért korábbi baleseti eredetű sérüléseit;
 - c) a napszúrás, hőguta, napsugár általi égés, fagyás okozta károsodásokat;
 - d) a balesettel összefüggésbe nem hozható fertőzéseket, az Európában nem honos fertőzésekből, a rovarok csípéseitől származó betegségeket;
 - e) a szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket, ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is;
 - f) a hasi- vagy altesti sérvet (megemelés), ha az balesettel nincs okozati összefüggésben;
 - g) a porcsérüléseket, rándulásokat, ficamokat, zúzódásokat, horzsolásokat, húzóódásokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket;

- h) a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett baleseteket;
- i) a biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.

53. A biztosító a **betegségbiztosítási** események köréből továbbá **kizárja** az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségeket, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók, továbbá a migrén, a gerinc egyes degeneratív betegségeit (különösen a polidiszkopátia) és azok közvetett és közvetlen következményeit.

MENTESÜLÉS

54. A **közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése** esetében a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetőleg – életbiztosítási és betegségbiztosítási szolgáltatás esetében – ha a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől 5 év már eltelt.

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

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

55. Valamely biztosított vonatkozásában a biztosító mentesül a haláleseti, illetve betegségi szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosított halála, illetve betegsége

a) a **kedvezményezett szándékos magatartása** folytán, vagy

b) a biztosítottnak a szerződésbe való belépésétől számított két éven belüli **öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete** miatt

következett be.

A két éven belüli öngyilkosság akkor is mentesülést eredményez, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el.

56. A biztosító mentesül a baleseti, illetve betegségi szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet, illetve a betegséget a biztosított szándékos vagy **súlyosan gondatlan magatartása** idézte elő.

Súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen az a baleset, amely a biztosított

a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, vagy

b) súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotában, vagy

c) bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán, vagy

d) érvényes jogosítvány nélküli, vagy 0,8 ezrelékes véralkohol szintet elérő ittaság melletti, és egyéb közlekedési szabályt is megsértő gépjárművezetése közben következett be.

57. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a szolgáltatásra jogosult vagy a szerződő a **biztosítási eseményt** a megadott határidőn (40. pont) belül **nem jelenti be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

58. A biztosító **mentesülése esetén** a szerződőt a **biztosítási díjból semmilyen visszatérítés** nem illeti meg.

VI. VEGYES RENDELKEZÉSEK

VI.1 AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

59. A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) 135.§-a és 136.§-a alapján kezeli.

A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.) a biztosító által felkért orvosszakértő, továbbá a biztosító számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint. Az ügyfél adatai kezeléséről az adatkezelőnél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. A pert az illetékes törvényszék előtt kell megindítani, azonban azt az érintett – választása szerint – a lakóhelye vagy a tartózkodási hely szerinti törvényszék előtt is megindíthatja.

60. **Biztosítási titok** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító az általa kezelt adatokat – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonyban kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

61. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervekhez továbbíthatja**: a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezőhöz, Családi Csődvédelmi Szolgálathoz, családi vagyonfelügyelőhöz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, könyvvizsgálóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézményhez a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró pénzügyi információs egységként működő hatósághoz vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján eljáró magyar bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- A Bit. 147.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.
62. A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.
63. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső

biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit. 149.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011.évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

VI.2 PANASZOK BEJELENTÉSE

64. Az Ügyfél az UNIQA Biztosító Zrt. magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:
- személyesen írásban vagy szóban** a biztosító Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben,
 - elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
 - telefonon** (a biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámokon: +36-1/20/30/70/544-5555, 1418-as rövidszám),
 - telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36-1/238-6060),
 - levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezést is. **A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást**, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

A panasz biztosító általi elutasítása esetén amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos az Ügyfél:

- a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172, telefon: +36-40-203-776, telefax: +36-1-489-9102, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) vagy
- a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat.

Amennyiben a biztosító által elutasított panasz a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) fogyasztóvédelmi rendelkezése megsértésének kivizsgálására irányul, úgy az Ügyfél az **MNB** [1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: +36-40-203-776, telefax: +36-1-489-9102, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu] fogyasztóvédelmi eljárását kezdeményezheti.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az Ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat

kezdeményezését megelőzően a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselőjében eljáró személy.

Amennyiben az Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak, a biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást.

65. A biztosító Felügyeleti szerve: **Magyar Nemzeti Bank**
Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levél cím: 1534 Budapest, BKKP Pf.: 777

Halálesetre vonatkozó biztosítás

Termékkód: 600

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett *halála*. A szerződés tartalmától függően biztosítási esemény lehet a biztosított személy házastársának, bejegyzett élettársának a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett halála is.

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a *haláleset időpontjában érvényes biztosítási összeget* fizeti ki.
3. A *várakozási időn* (3D Csoportos élet-, baleset- és betegség-biztosítás általános feltételei" 1.4.10. pont) belül bekövetkező – nem baleseti eredetű – elhalálozás esetén a biztosító a biztosítási összeg helyett a biztosítási összeghez tartozó, az adott biztosítottra befizetett díjat téríti vissza a szerződőnek.

III. Egyéb rendelkezések

4. A biztosító a biztosított életkorának változása miatt az egymást követő biztosítási időszakokban változtathatja a biztosítás *díját*.
5. A jelen biztosítás esetében a biztosító nem képez sem matematikai tartalékot sem díjtartalékot, ezért nincsenek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradó *maradékjogok* (visszavásárlás, díjmentesítés), biztosítási *kötvénykölcson* nem igényelhető, és *többlethozam-megosztásra* nem kerül sor.
6. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító kötelezettsége beáll, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
7. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Baleseti haláleset / Munkahelyi baleseti haláleset biztosítás

Termékkód: 430 / 450

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti haláleset** biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti haláleset** biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

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

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a *baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget* fizeti ki.

III. Egyéb rendelkezések

3. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Baleseti eredetű / Munkahelyi baleseti eredetű, arányos szolgáltatású maradandó egészségkárosodás biztosítás

Termékkód: 442 / 462

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti eredetű**, arányos szolgáltatású maradandó egészségkárosodás biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti** eredetű, arányos szolgáltatású maradandó egészségkárosodás biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított, 1%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító által fizetett *szolgáltatási összeg* a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegnek a megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százaléka.
3. Ugyanazon balesetből eredő, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodás vagy funkciócsökkenés esetén a szolgáltatási összeg megállapításához a maradandó egészségkárosodások százalékos mértékei összeadódnak, de a biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget.
4. A Biztosított – a Biztosító szerződött szolgáltató partnerén keresztül – továbbá jogosult a biztosítási összeggel megegyező összegig terjedő **rehabilitációs szolgáltatás** igénybevételére, amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke eléri az 50%-ot. A rehabilitációs szolgáltatás a következőket tartalmazza:
 - **Orvosi rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: rehabilitáció fizikális és pszichológiai rehabilitációs kezelésekre szakosodott egészségügyi intézményekben, szükséges gyógyászati segédeszközök, betegápolás.
 - **Szociális rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: lakásátalakítás, hivatali információszerzés és ügyintézés, háztartási segítség.
 A rehabilitációs szolgáltatás esetenkénti tartalmát a Biztosító szerződött partnerének rehabilitációs menedzsere egyeztetni a Biztosítottal.

5. A maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató értékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%

Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan	100%
Mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelő képesség teljes elvesztése	5%
Egyik kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Egyik láb combközép fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%

6. Testrészek vagy érzékszervek részleges elvesztése vagy funkciócsökkenése esetén a biztosító a fenti táblázat megfelelően csökkentett értékeit veszi figyelembe.
7. A táblázatban nem szereplő esetekben – a jelen biztosítás vonatkozásában – a *biztosító orvos szakértője* állapítja meg, hogy a biztosított normál testi vagy szellemi teljesítőképessége milyen mértékben károsodott. A biztosító orvos szakértőjének megállapítása független más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos szakértők megállapításától.
8. Amennyiben a baleset során olyan funkciók, testrészek károsodnak, amelyek működőképessége már a baleset előtt csökkent volt, akkor a szolgáltatás meghatározásánál az előzetes egészségkárosodás százalékos mértéke levonásra kerül.
9. A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét *legkorábban a balesetet követő 15 nap elteltével, legkésőbb a balesetet követő 2 év elteltével* állapítja meg.
Ha a baleset következtében a biztosított 15 napon belül meghal, a szolgáltatás nem igényelhető. Ha a biztosított 15 napon túl, de az előtt meghal, hogy a biztosító az egészségkárosodás mértékét véglegesen megállapította volna, a térítési összeget a biztosító az addigi orvosi vizsgálatok eredményeként született iratok alapján állapítja meg.

III. Egyéb rendelkezések

10. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Baleseti eredetű / Munkahelyi baleseti eredetű, emelkedő szolgáltatású maradandó egészségkárosodás biztosítás

Termékkód: 443 / 463

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti eredetű**, emelkedő szolgáltatású maradandó egészségkárosodás biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti** eredetű, emelkedő szolgáltatású maradandó egészségkárosodás biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

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

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító által fizetett *szolgáltatási összeg*
 - a) 10–49%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összegnek*,
 - b) 50–75%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összeg másfélszeresének*,
 - c) 76–100%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összeg kétszeresének**a megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százaléka.*
3. Ugyanazon balesetből eredő, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodás vagy funkciócsökkenés esetén a szolgáltatási összeg megállapításához a maradandó egészségkárosodások százalékos mértékei összeadódnak, de a biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresét.
4. A Biztosított – a Biztosító szerződött szolgáltató partnerén keresztül – továbbá jogosult a biztosítási összeggel megegyező összegig terjedő **rehabilitációs szolgáltatás** igénybevételére, amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke eléri az 50%-ot. A rehabilitációs szolgáltatás a következőket tartalmazza:
 - **Orvosi rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: rehabilitáció fizikális és pszichológiai rehabilitációs kezelésekre szakosodott egészségügyi intézményekben, szükséges gyógyászati segédeszközök, betegápolás.
 - **Szociális rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: lakásátalakítás, hivatali információszerzés és ügyintézés, háztartási segítség.
 A rehabilitációs szolgáltatás esetenkénti tartalmát a Biztosító szerződött partnerének rehabilitációs menedzsere egyeztetni a Biztosítóval.

5. A maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató értékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%
Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan	100%
Mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelő képesség teljes elvesztése	5%
Egyik kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Többi ujj elvesztése, egyenként	5%
Egyik láb combközépig fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépigig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig történő elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik Lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Többi lábujj elvesztése, egyenként	2%

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

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

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

9. A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét *legkorábban a balesetet követő 15 nap elteltével, legkésőbb a balesetet követő 2 év elteltével* állapítja meg.

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

III. Egyéb rendelkezések

10. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Baleseti eredetű / Munkahelyi baleseti eredetű, súlyos maradandó egészségkárosodás biztosítás

Termékkód: 444 / 464

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti eredetű**, súlyos maradandó egészségkárosodás biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti eredetű**, súlyos maradandó egészségkárosodás biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított, *50%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.*

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító által fizetett *szolgáltatási összeg*
 - a) 50–75%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összegnek*,
 - b) 76–90%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összeg kétszeresének*,
 - c) 91–100%-os maradandó egészségkárosodás esetén: a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összeg háromszorosának*

a megállapított *maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százalékba.*

3. Ugyanazon balesetből eredő, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodás vagy funkciócsökkenés esetén a szolgáltatási összeg megállapításához a maradandó egészségkárosodások százalékos mértékei összeadódnak, de a biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg háromszorosát.

4. A Biztosított – a Biztosító szerződött szolgáltató partnerén keresztül – továbbá jogosult a biztosítási összeggel megegyező összegig terjedő **rehabilitációs szolgáltatás** igénybevételére. A rehabilitációs szolgáltatás a következőket tartalmazza:

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

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

A rehabilitációs szolgáltatás esetenkénti tartalmát a Biztosító szerződött partnerének rehabilitációs menedzsere egyeztetni a Biztosítottal.

5. A maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató értékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%
Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan	100%
Mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzők teljes elvesztése	10%
Ízlelő képesség teljes elvesztése	5%
Egyik kar vállzülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Egyik láb combközép fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfejjel elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%

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

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

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

9. A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét legkorábban a balesetet követő *15 nap elteltével, legkésőbb a balesetet követő 2 év elteltével* állapítja meg.

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

III. Egyéb rendelkezések

10. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel érvényesek.

Baleset miatti / Munkahelyi baleset miatti kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló napi térítés biztosítás

Termékkód: 434 / 454

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleset miatti** kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló napi térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleset** miatti kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló napi térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 1 éven belül megkezdődő, és a szerződésben rögzített számú napot – az „*önrészt*” – meghaladó időtartamú folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelését tette szükségessé.
2. A kórházi ápolási napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges haláleset napja is.

II. A biztosító szolgáltatása

3. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés befejeződése után, a biztosító a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés minden napjára, de legfeljebb összesen 180 napra, kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a *baleset időpontjában érvényes* (napi térítési) biztosítási összeget. Ha valamely biztosított esetében a kockázatviselés a biztosítási időszak első napjánál később kezdődött, úgy a 180 napos *felső határ* a kockázatviselés időtartamának megfelelően arányosan rövidül.

Elhúzódó kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén – a megfelelő igazolások alapján – a biztosító 30 naponta, a kedvezményezett kérésére *előleget* fizethet.

III. Egyéb rendelkezések

4. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek, így – többek között – a *kórház jelen feltételekre* érvényes fogalma is ott került meghatározásra [II.2.24. pont].

Baleseti eredetű / Munkahelyi baleseti eredetű csonttörésre vonatkozó, egyszeri térítés biztosítás

Termékkód: 445 / 465

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti eredetű** csonttörésre vonatkozó, egyszeri térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti eredetű** csonttörésre vonatkozó, egyszeri térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnál
 - a) csonttörést, csontrepedést, vagy
 - b) súlyos csonttörést okoz.
2. Jelen feltételek szempontjából súlyos csonttörésnek minősül a
 - a) koponya csonttörés lágyrész sérüléssel együtt,
 - b) gerinccsont törés gerincvelő sérüléssel együtt,
 - c) medencecsont törés,
 - d) lábszár- és/vagy combcsont nyílt törése,
 - e) alkar- és/vagy felkarcsont nyílt törése.

II. A biztosító szolgáltatása

3. A biztosító az
 - a) 1.1. a) pontban rögzített esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összeget*,
 - b) 1.1. b) pontban rögzített esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *a biztosítási összeg kétszeresét* téríti.
4. Ha ugyanazon balesetből eredően egy biztosított vonatkozásában az 1. a)–b) pontokban felsoroltak közül több esemény is bekövetkezik, úgy a biztosító csak egy – a legmagasabb szolgáltatási összeghez tartozó – eseményre térít.

III. Egyéb rendelkezések

5. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Termékkód: 436 / 456

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti eredetű** keresőkép telenség időszakára szóló napi térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti eredetű** keresőkép telenség időszakára szóló napi térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 30 napon belül kezdődő, a szerződésben rögzített számú napot – az „*önrészt*” – *meghaladó időtartamú folyamatos keresőkép telenségét idézte elő.*

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a folyamatos keresőkép telenségi időszak befejeződése után, a biztosító a keresőkép telenség minden napjára, de legfeljebb összesen 180 napra, kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a *baleset időpontjában érvényes* (napi térítési) biztosítási összeget. Ha valamely biztosított esetében a kockázatviselés a biztosítási időszak első napjánál később kezdődött, úgy a 180 napos felső határ a kockázatviselés időtartamának megfelelően arányosan rövidül.

Elhúzódo keresőkép telenség esetén – a megfelelő igazolások alapján – a biztosító 30 naponta, a kedvezményezett kérésére előleget fizethet.

3. Azokra a napokra, amelyekre a biztosító szolgáltatása (az egy napra eső térítés) és a keresőkép telenség miatt járó munkáltatói, illetve társadalombiztosítási juttatás nettó összege együttesen meghaladná a biztosított – jogszabályok alapján és a keresőkép telenség kezdetén számított – egy napra jutó rendszeres munkaviszonyból származó nettó jövedelmének a 90%-át, a biztosító csak a *90%-os mértékig térít.*

III. Egyéb rendelkezések

4. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek, így – többek között – a *keresőkép telenség jelen feltételekre érvényes fogalma* is ott került meghatározásra [II.2.24. pont].

Baleset miatti / Munkahelyi baleset miatti műtét biztosítás

Termékkód: 437 / 457

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleset miatti műtét biztosítás**” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleset** miatti műtét biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnál a baleset napjától számított 1 éven belül orvosilag indokoltan végrehajtott – a 2. pontban felsorolt valamely csoportba tartozó – olyan *műtėti beavatkozást tett szükségessé*, melyet a műtétet végző ország szakmai felügyelete által engedélyezett valamelyik egészségügyi intézményben végeztek el.

2. A baleseti műtétek csoportosítása

1. csoportú műtétnek minősülnek

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

2. csoportú műtétnek minősülnek

- azok az akut műtėti megoldást igénylő ízületi sérülésekkel járó állapotok, ahol klinikai adatok által alátámasztott műtėti javallat alapján került sor a műtėti megoldásra;
- azok a diagnosztikus adatokkal megállapítható ín- és izomsérülések, valamint perifériás ér- és idegsérülések, melyeknek határa a felső végtagon az alkar-csuklóizület, az alsó végtagon a felső lábszár ugróizület vonala;
- a kéz- és láb ujjak felétől perifériásan elhelyezkedő csonkolásos esetek;
- azok a csonttöréssel nem járó nagy kiterjedésű lágyrész sérülések, melyek 30 napon túli kórházi gyógykezelést tesznek szükségessé.

3. csoportú műtétnek minősülnek

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

4. csoportú műtétnek minősülnek

- azok a beavatkozások, amelyekre a szervezet zárt üregrendszerén belül (koponya, mellkas, has, medence, gerincoszlop) kerül sor;
- a végtagok csonkolásai, az ujj (ujjak) egészének eltávolítása, függetlenül attól, hogy ezek visszavarrására sor került-e vagy sem;
- a végtagok csöves csontjainak nyílt törései, ahol műtėti sorozat végzésére volt szükség;
- a II–III. fokú égési sérülések, ahol az égési felszín a testfelszín 31%-át meghaladja eléri.

5. csoportú műtétnek minősülnek

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

3. Jelen feltétel keretében **nem minősülnek biztosítási eseménynek**

- az 1. csoportú műtétek;
- a korábban meglévő, orthoped jellegű elváltozások baleset kapcsán történő műtétei;
- az emberi szervezet típusos helyeinek sérvesedései (pl. többek között: hasfal, lágyék, gerincoszlop);
- a csőtükrözéssel végzett, ízületi feltárást nem igénylő diagnosztikus és terápiás eljárások;
- a kóros csontszerkezeti elváltozásból adódó csonttörések stabilizáló műtétei;
- a baleseti eseménnyel összefüggésbe nem hozható műtétek.

II. A biztosító szolgáltatása

4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg alábbi százalékait fizeti ki szolgáltatásként:

- a) 2. csoportú műtétek esetében: 25%,
- b) 3. csoportú műtétek esetében: 50%,
- c) 4. csoportú műtétek esetében: 100%,
- d) 5. csoportú műtétek esetében: 200%.

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

III. Egyéb rendelkezések

6. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel érvényesek, így – többek között – a *műtét* jelen feltételekre érvényes fogalma is ott került meghatározásra [II.2.24. pont].

Termékkód: 438 / 458

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti eredetű** keresőképtelenség időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti** eredetű keresőképtelenség időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 30 napon belül kezdődő, a szerződésben rögzített számú napot – az „önrészt” – meghaladó időtartamú folyamatos keresőképtelenségét idézte elő.

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki.
3. Ugyanazon balesetből eredően a biztosítót egyszer terheli a szolgáltatási kötelezettség.

III. Egyéb rendelkezések

4. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek, így – többek között – a *keresőképtelenség jelen feltételekre érvényes* fogalma is ott került meghatározásra [II.2.24. pont].

Baleset miatti / Munkahelyi baleset miatti kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás

Termékkód: 439 / 459

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleset miatti** kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleset** miatti kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 1 éven belül megkezdődő, a szerződésben rögzített számú napot – az „*önrészt*” – meghaladó időtartamú folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelését tette szükségessé.

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

II. A biztosító szolgáltatása

3. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki.
4. Ugyanazon balesetből eredően a biztosítót egyszer terheli a szolgáltatási kötelezettség.

III. Egyéb rendelkezések

5. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek, így – többek között – a *kórház jelen feltételekre* érvényes fogalma is ott került meghatározásra [II.2.24. pont].

Baleset miatti / Munkahelyi baleset miatti kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás

Termékkód: 439 / 459

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleset miatti** kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleset** miatti kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnak a baleset napjától számított 1 éven belül megkezdődő, a szerződésben rögzített számú napot – az „*önrészt*” – meghaladó időtartamú folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelését tette szükségessé.

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

II. A biztosító szolgáltatása

3. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki.
4. Ugyanazon balesetből eredően a biztosítót egyszer terheli a szolgáltatási kötelezettség.

III. Egyéb rendelkezések

5. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek, így – többek között – a *kórház jelen feltételekre* érvényes fogalma is ott került meghatározásra [II.2.24. pont].

Baleseti eredetű / Munkahelyi baleseti eredetű, 70%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodás biztosítás

Termékkód: 440 / 460

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti eredetű**, 70%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodás biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti eredetű**, 70%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodás biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti munkahelyi baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a *baleset*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be és a biztosítottnak – a magyar *társadalombiztosítási szerv* jogerős határozatával a baleset napjától számított *2 éven belül, még a biztosított életében megállapított, és a biztosító orvos szakértője által is elfogadott – 70%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.*

Az egészségkárosodás mértékének elfogadását a biztosító orvos szakértője esetlegesen további orvosi vizsgálatok eredményétől teheti függővé.

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes *biztosítási összeget* fizeti ki.
3. Ha a biztosított az előtt meghal, hogy a szolgáltatási igényt a biztosítóhoz bejelentették volna, a szolgáltatás nem igényelhető.

III. Egyéb rendelkezések

4. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Baleseti eredetű / Munkahelyi baleseti eredetű, égési sérülés biztosítás

Termékkód: 446 / 466

A szerződésben megjelölt kockázattól függően, az alábbiakban a *baleset* fogalmán

- „**Baleseti eredetű**, égési sérülés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. a) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni,
- „**Munkahelyi baleseti** eredetű, égési sérülés biztosítás” választása esetén a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” 23. b) pontja szerinti baleset fogalmat kell érteni.

I. Biztosítási esemény

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

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a baleset időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértékét téríti. Az égési sérülés fokának és kiterjedtségének meghatározásakor a mindenkor felelős egészségügyi szakhatóság – a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes – szakmai protokollja irányadó.

3. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:

Mélység	Testfelület		
	0–20%	21–60%	61–100%
I. fokú	–	25%	50%
II/1 fokú	–	25%	50%
II/2 fokú	50%	100%	200%
III. fokú	100%	200%	200%

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

III. Egyéb rendelkezések

6. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert K. krt. 70–74.
Tel.: +36 1 5445-555 · Fax: +36 1 2386-060

Közlekedési baleseti haláleset biztosítás

Termékkód: 470

I. Biztosítási esemény

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

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a *közlekedési baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget* fizeti ki.

III. Egyéb rendelkezések

3. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek, így – többek között – a *közlekedési baleset* jelen feltételekre érvényes fogalma is ott került meghatározásra [II.1.23.d) pont].

Termékkód: 471

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az *a közlekedési baleset (továbbiakban: baleset)*, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított, *10%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.*

II. A biztosító szolgáltatása

2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító által fizetett *szolgáltatási összeg* a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összegnek a *megállapított maradandó egészségkárosodás mértékével megegyező százaléká*.

3. Ugyanazon balesetből eredő, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodás vagy funkciócsökkenés esetén a szolgáltatási összeg megállapításához a maradandó egészségkárosodások százalékos mértékei összeadódnak, de a biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget.

4. A maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató értékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%
Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan	100%
Mindkét lábszár elvesztése, jó térdfunkcióval	80%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelő képesség teljes elvesztése	5%
Egyik kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%

Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Egyik láb combközépig fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépigig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%

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

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

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

8. A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét *legkorábban a balesetet követő 15 nap elteltével*, legkésőbb a balesetet követő 2 év elteltével állapítja meg.

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

III. Egyéb rendelkezések

9. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek, így – többek között – a *közlekedési baleset* jelen feltételekre érvényes fogalma is ott került meghatározásra [II.1.23.d) pont].

Bármely okú kórházi fekvő- beteg gyógykezelés időszakára szóló napi térítés biztosítás

Termékkód: 529

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt *megkezdődő*, és a kockázatviselés ideje alatt a szerződésben rögzített számú napot – az „*önrészt*” – *meghaladó időtartamú folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése*.
2. A kórházi ápolási napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges haláleset napja is.
3. A biztosítási események köréből az általános feltételeken túlmenően **kizárásra** kerülnek azok az események, amelyek
 - a) veleszületett rendellenességgel,
 - b) terhesség megszakítással, illetve szüléssel,
 - c) nem betegségi ok miatti plasztikai műtétekkel vagy esztétikai kezelésekkkel,
 - d) geriátriai, pszichiátriai kezelésekkkel kapcsolatosak.

II. A biztosító szolgáltatása

4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés befejeződése után a biztosító a *kórházi ápolás minden* – a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatti – *napjára*, de biztosítási időszakonként legfeljebb összesen *90 napra*, kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés első napján érvényes (napi térítési) biztosítási összeget. Ha valamely biztosított esetében a kockázatviselés *a biztosítási időszak első napjánál később kezdődött*, úgy a *90 napos felső határ* a kockázatviselés időtartamának megfelelően arányosan rövidül.

Elhúzódó kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén – a megfelelő igazolások alapján – a biztosító 30 naponta, a kedvezményezett kérésére *előleget* fizethet.

III. Egyéb rendelkezések

5. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége beáll a betegségbiztosítási szolgáltatások teljesítése vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
6. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Kiemelten súlyos betegségekre vonatkozó biztosítás

Termékkód: 530

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosított *egészségi állapotát súlyosan érintő*, a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett *alábbi események* bármelyike:
 - a) szívinfarktus,
 - b) rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat),
 - c) agyi érkatasztrófa,
 - d) veseelégtelenség,
 - e) koszorúér-áthidalási (by-pass) műtét,
 - f) szervátültetés.
2. Az 1. pontban megjelölt biztosítási események és azok bekövetkezése időpontjának meghatározása jelen feltételek szerint a következő:
 - 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) **Rosszindulatú daganatos betegség**: a szövettani atípiát jelező sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió), és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szervinváziójának 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.
 - Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek:
 - a) a rákelőző (precarcinóma) állapotok,
 - b) a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
 - c) a bőrrákok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - d) a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.
 - c) **Agyi érkatasztrófa**: az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfal-szakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.
 - 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**: mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művese-kezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialízis-kezelésre szorul.

- e) **Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét**: nyitott mellkasban végzett olyan operáció, amely egy vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél.
- f) **Szervátültetés**: külső donortól származó vese, csontvelő, máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a biztosított testébe.
- g) A **biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja** a biztosítottnál fellépő egyes betegségek esetén a következő:
 - a) **szívinfarktus** esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
 - b) **rosszindulatú daganatos betegség** esetén a betegség legkorábbi diagnosztizálásának időpontja,
 - c) **agyi érkatasztrófa** esetén az érkatasztrófa bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók,
 - d) **krónikus veseelégtelenség** esetén a dialízis-kezelés első napja, feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig ténylegesen dialízis-kezelésre szorult.
 - e) **koszorúér áthidalási (by-pass) műtét** esetén a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.
 - f) **szervátültetés** esetén a műtét elvégzésének a kezelőorvos által igazolt időpontja.

II. A kockázatviselés korlátozása

3. A biztosító kiemelten súlyos betegségi kockázatot csak 18–60 éves korú személyekre vállal.
4. Ha a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt az 1. a)–d) pontokban meghatározott egészségkárosodások valamelyikében már szenvedett, illetve az 1. e)–f) pontokban meghatározott műtétek valamelyikén már átesett, úgy rá vonatkozóan a kockázatviselés ezen betegségekre, műtétekre, illetve ezek későbbi következményeire nem terjed ki.
5. A biztosító a kockázatviselési köréből kizárja azokat az 1. pont alatti eseményeket, amelyek bekövetkezésében a biztosított **önnyilkossági kísérlete** szerepet játszott.

III. A biztosító szolgáltatása

6. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a *biztosítási esemény bekövetkezésének* időpontjában érvényes *biztosítási összeget* fizeti ki, feltéve, hogy a biztosítási esemény a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt történt, és bekövetkezésének és bejelentésének időpontjában a *biztosított életben van*.

IV. Egyéb rendelkezések

7. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége beáll a betegségbiztosítási szolgáltatások teljesítése vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
8. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Bármely okú keresőkép- telenség időszakára szóló napi térítés biztosítás

Termékkód: 531

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt *megkezdődő*, és a kockázatviselés ideje alatt a szerződésben rögzített számú napot – az „*önrészt*” – *meghaladó időtartamú folyamatos keresőkép-
telensége*.
2. A biztosítási események köréből az általános feltételeken túlmenően *kizárásra* kerülnek azok az események, amelyek
 - a) veleszületett rendellenességgel,
 - b) terhesség megszakítással, illetve szüléssel,
 - c) nem betegségi ok miatti plasztikai műtétekkel vagy esztétikai kezelésekkel,
 - d) geriátriai, pszichiátriai kezelésekkel kapcsolatosak.

II. A biztosító szolgáltatása

3. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a folyamatos keresőkép-
telenségi időszak befejeződése után a biztosító a *keresőkép-
telenség minden* – a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatti – *napjára*, de biztosítási időszakonként legfeljebb összesen *90 napra*, kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a keresőkép-
telenség első napján érvényes (napi térítési) biztosítási összeget. Ha valamely biztosított esetében a kockázatviselés *a biztosítási időszak első napjánál később kezdődött*, úgy a 90 napos *felső határ* a kockázatviselés időtartamának megfelelően arányosan rövidül.

Elhúzódo keresőkép-
telenség esetén – a megfelelő igazolások alapján – a biztosító 30 naponta, a kedvezményezett kérésére *előleget* fizethet.

4. Azokra a napokra, amelyekre a biztosító szolgáltatása (az egy napra eső térítés) és a keresőkép-
telenség miatt járó munkáltatói, illetve társadalombiztosítási juttatás nettó összege együttesen meghaladná a biztosított – jogszabályok alapján és a keresőkép-
telenség kezdetén számított – egy napra jutó rendszeres munkaviszonyból származó nettó jövedelmének a 90%-át, a biztosító csak *a 90%-os mértékig térít*.

III. Egyéb rendelkezések

5. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége beáll a betegségbiztosítási szolgáltatások teljesítése vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
6. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Bármely okú műtét biztosítás

Termékkód: 532

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosítotton – a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt – *orvosilag indokoltan* végrehajtott, a 2. pont valamelyik osztályába tartozó *műtéti beavatkozás*, amelyet a magyar egészségügyi szakmai felügyelet által engedélyezett valamelyik egészségügyi intézményben végeztek el.
2. A műtétek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei” II. 24. pontja szerint az alábbi osztályokba kerülnek besorolásra:
 - a) 1. Csoportú műtétek;
 - b) 2. Csoportú műtétek;
 - c) 3. Csoportú műtétek.

A jelen biztosítás vonatkozásában a biztosító nem tekinti műtétnak az ambulánsan elvégezhető, kórházi bennfekvést nem igénylő, diagnosztikus céllal végzett beavatkozásokat. A műtétek kis-, közepes- és nagyműtét kategóriákba való WHO kódok szerinti besorolása a biztosítónál tekinthető meg, melyet – kérésre – a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát.
3. A biztosítási események köréből az általános feltételeken túlmenően *kizárásra* kerülnek azok az események, amelyek
 - a) veleszületett rendellenességgel,
 - b) terhesség megszakítással, illetve szüléssel,
 - c) nem betegségi ok miatti plasztikai műtétekkel vagy esztétikai kezelésekkal,
 - d) geriátriai, pszichiátriai kezelésekkal
 - e) a csőtükrözésnél végzett, ízületi feltárást nem igénylő diagnosztikus és terápiás eljárásokkal kapcsolatosak.

II. A biztosító szolgáltatása

4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a *műtét időpontjában érvényes biztosítási összeg* alábbi százalékait fizeti ki szolgáltatásként
 - a) 1. Csoportú műtétek esetében: 25%,
 - b) 2. Csoportú műtétek esetében: 50%,
 - c) 3. Csoportú műtétek esetében: 100%.
5. *Egyazon műtét alatt* végzett, több szervet, testrészt érintő beavatkozás esetén a biztosító arra a műtéti beavatkozásra fizet, amelyhez a *legmagasabb* szolgáltatási összeg tartozik.

III. Egyéb rendelkezések

6. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége beáll a betegségbiztosítási szolgáltatások teljesítése vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
7. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Bármely okú kereső- képtelenség időszakára szóló egyszeri térítés biztosítás

Termékkód: 533

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt *megkezdődő*, és a kockázatviselés ideje alatt a szerződésben rögzített számú napot – az „*önrészt*” – *meghaladó időtartamú folyamatos keresőképtelensége*.
2. A biztosítási események köréből az általános feltételeken túlmenően **kizárásra** kerülnek azok az események, amelyek
 - a) veleszületett rendellenességgel,
 - b) terhesség megszakítással, illetve szüléssel,
 - c) nem betegségi ok miatti plasztikai műtétekkel és esztétikai kezelésekkal,
 - d) geriátriai, pszichiátriai kezelésekkal kapcsolatosak.

II. A biztosító szolgáltatása

3. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a keresőképtelenség első napján érvényes biztosítási összeget fizeti ki.
4. A jelen feltételek vonatkozásában a biztosítót *egy biztosítási időszak alatt egyszer* terheli a szolgáltatási kötelezettség.

III. Egyéb rendelkezések

5. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége beáll a betegségbiztosítási szolgáltatások teljesítése vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
6. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Termékkód: 535

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosított-nak a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt *megkezdődő*, és a kockázatviselés ideje alatt a szerződésben rögzített számú napot – az „*önrészt*” – *meghaladó időtartamú folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése*.
2. A kórházi ápolási napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges haláleset napja is.
3. A biztosítási események köréből az általános feltételeken túlmenően **kizárásra** kerülnek azok az események, amelyek
 - a) veleszületett rendellenességgel,
 - b) terhesség megszakítással, illetve szüléssel,
 - c) nem betegségi ok miatti plasztikai műtétekkel és esztétikai kezelésekkkel,
 - d) geriátriai, pszichiátriai kezelésekkkel kapcsolatosak.

II. A biztosító szolgáltatása

4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés első napján érvényes biztosítási összeget fizeti ki.
5. A jelen feltételek vonatkozásában a biztosítót egy biztosítási időszak alatt egyszer terheli a szolgáltatási kötelezettség.

III. Egyéb rendelkezések

6. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége beáll a betegségbiztosítási szolgáltatások teljesítése vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
7. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

Bármely okú, 70%-ot elérő mértékű maradandó egészség- károsodás biztosítás

Termékkód: 540

I. Biztosítási esemény

1. Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosítottnak – a magyar társadalombiztosítási szerv jogerős határozatával megállapított – *70%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodás*, amelyet a biztosító orvos szakértője is elfogadott.

Az egészségkárosodás mértékének elfogadását a biztosító orvos szakértője esetlegesen további orvosi vizsgálatok eredményétől teheti függővé.

2. A biztosítási esemény *bekövetkezésének időpontja* a 70%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodás a magyar társadalombiztosítási szerv határozatában szereplő napja.
3. A biztosítási események köréből az általános feltételeken túlmenően **kizárásra** kerülnek azok az események, amelyek
 - a) veleszületett rendellenességgel,
 - b) terhesség megszakítással, illetve szüléssel,
 - c) nem a biztosítási esemény okával összefüggésben elvégzett plasztikai műtétekkel vagy esztétikai kezelésekkel,
 - d) geriátriai, pszichiátriai kezelésekkel kapcsolatosak.

II. A biztosító szolgáltatása

4. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a biztosítási esemény időpontjában érvényes *biztosítási összeget* fizeti ki, *feltéve*, hogy a biztosítási esemény a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt történt, és bekövetkezésének és bejelentésének időpontjában a *biztosított életben van*.

III. Egyéb rendelkezések

5. A közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége beáll a betegségbiztosítási szolgáltatások teljesítése vonatkozásában, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
6. A jelen feltételek a „3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás általános feltételei”-vel együtt érvényesek.

