



Colonnade Baleset- és betegségbiztosítás

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉL-TÁJÉKOZTATÓ

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY







1.1. HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉL-TÁJÉKOZTATÓT?

Az Ön által kézhez kapott Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztatót képernyőn történő olvasásra terveztük.

A „[Tartalomjegyzék](#)”-ben az aláhúzott szavakra kattintva közvetlenül a kívánt tartalmat érheti el.

A Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató elejéhez való visszatéréshez kattintson az oldal alján található „[Ugrás a Tartalomjegyzékre](#)” feliratra.

A Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató, valamint a Biztosítási kötvény részletesen ismertetik a Biztosítási fedezetre és a Biztosítási szerződésre vonatkozó feltételeket. **Kérjük, ezeket figyelmesen olvassa el!**

1.2. HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNYT?

A Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató tartalmazza az összes szolgáltatást, amelyre a Biztosító Egyéni Baleset- és Betegségbiztosítás tekintetében fedezetet nyújt. A Biztosítási kötvényen csak azon Biztosítási fedezetek és Biztosítási összegek találhatóak meg, amelyeket a Szerződő választott, azaz amely fedezeteket megvásárolta. A Biztosítási kötvény a Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztatóval együtt alkalmazandó.

1.3. FOGALMAK

A Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató előre meghatározott fogalmakat tartalmaz. A nagybetűvel írt fogalmak pontos meghatározását a [Biztosítási feltételek 10. pontjában](#) találja meg.

Gondolkodjon zölden!

Ezt a dokumentumot nem kell kinyomtatnia.



2.1. MI AZ EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS?

Jelen feltételek – eltérő szerződési kikötések hiányában – a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (továbbiakban: Biztosító) Colonnade Baleset- és Betegségbiztosítás elnevezésű termékére érvényesek.

A Biztosító a Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató alapján arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében a jelen Biztosítási feltételekben meghatározott Biztosítási események bekövetkezése esetén a Biztosítási összeg erejéig Biztosítási szolgáltatást nyújt a fedezetet igazoló dokumentumon (továbbiakban: Biztosítási kötvény, kötvény) megjelölt Biztosított személy(ek) vagy a megjelölt Kedvezményezettek részére, amennyiben az adott fedezetre a Szerződő Biztosítási szerződést kötött. A Biztosítási feltételekben nem rögzített, illetve abból kizárt kockázatokra a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

A jelen Biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a magyar jog, így különösen a polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.), valamint a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) megfelelő rendelkezéseit kell alkalmazni.

Jelen Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató (a továbbiakban: Biztosítási feltételek) a Bit. 4. sz. melléklete szerinti Ügyfél-tájékoztatónak is minősül.

2.2. KI LEHET A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYA?

Biztosító

A Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (székhely: 1134 Budapest, Váci út 23–27., cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék mint cégbíróság által jegyzett Cg. 01-17-000942).

Alapító: a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepének alapítója a Colonnade Insurance S.A. (L-2350 Luxembourg, Rue Jean Piret 1.), nyilvántartó cégbíróság neve: Registre de Commerce et des Sociétés, Luxembourg, cégjegyzékszám: B 61605, tevékenységi engedélyt kiadó és felügyeleti hatóság: Grand-Duche de Luxembourg, Ministère des Finances, Commissariat aux Assurances (L-1840 Luxembourg, Bureaux: 7, Boulevard Joseph II), a tevékenységi engedély száma: S 068/15. A fizetőképességről szóló jelentés elérhető a www.colonnade.hu címen. A Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe jogképes, cégneve alatt alapítója a Colonnade Insurance S.A. javára szerezhethet jogokat, és a Colonnade Insurance S.A. terhére vállalhat kötelezettséget.

Biztosított

A 18. életévüket már betöltött, de a 81. életévüket még be nem töltött személyek lehetnek Biztosítottak, amennyiben a Biztosítási kötvény vagy a Biztosítási feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek.

Amennyiben a Biztosított betöltötte 80. életévét, új Biztosítási szerződés nem köthető részére.

Biztosított lehet az a természetes személynek minősülő magyar állampolgár, aki a Biztosítási szerződés megkötése idejében Magyarországon állandó lakcímmel rendelkezik. **Amennyiben a Biztosított egy éven belül 180 napon keresztül folyamatosan Magyarország határain kívül él, a 181. naptól a Biztosítási fedezet megszűnik.**

Amennyiben a szerződést jelen bekezdés kikötései ellenére megkötik, az érvénytelen, és a biztosítás díja a Szerződőnek visszajár.

A Szerződő a Házastársát vagy Élettársát is bevonhatja a biztosításba, amennyiben az illető 18. életévét már betöltötte, de a 81. életévét még nem töltötte be.

Amennyiben a Házastárs vagy Élettárs betöltötte 80. életévét, új Biztosítási szerződés nem köthető részére.

A Szerződő a Gyermekeit is bevonhatja a biztosításba, amennyiben Gyermeke már betöltötte a 6. hónapját, de nem töltötte be 19. életévét.

Amennyiben a Gyermeke betöltötte 18. életévét, új Biztosítási szerződés nem köthető részére.



Szerződő

Az a Biztosítási kötvényben Szerződőként megjelölt, 18. életévét már betöltött természetes vagy jogi személy, aki a Biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tett, és aki a Biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal. Amennyiben a Szerződő egyben Biztosított is, akkor a Szerződőnek a Biztosított személyénél meghatározott követelményeknek is meg kell felelnie.

Kedvezményezett

Az a személy, aki a Biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítási szerződés szerint járó szolgáltatás(ok) igénybevételére jogosult. Amennyiben a Biztosított írásban nem rendelkezett, a Kedvezményezett(ek) a Biztosított örököse(i), illetve a Biztosított életben léte esetén maga a Biztosított. A Szerződő a Biztosított egyidejű hozzájárulásával az eredetileg kijelölt Kedvezményezett helyett a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más Kedvezményezettet nevezhet meg. A Kedvezményezett megváltoztatására tett nyilatkozat a Biztosítóval szemben akkortól hatályos, és a Kedvezményezett megváltoztatása akkortól érvényes, amikor a nyilatkozat a Biztosító tudomására jut.

2.3. MIRE TERJEDHET KI A BIZTOSÍTÁS?

Az alábbi táblázatban az Egyéni Baleset- és Betegségbiztosítás fedezeteinek fogalommeghatározását találja. Egyéni Baleset- és Betegségbiztosítás az alábbi káreseményekre terjedhet ki.

2.3.1. Baleseti halál

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt olyan Balesetből eredő Testi sérülést szenved, amely közvetlenül és minden egyéb más októl függetlenül a Baleset időpontját követő 180 napon belül a halálát okozza, a Biztosító kifizeti a Kedvezményezett(ek)nek vagy a meghatalmazott képviselőnek a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeget.

Amennyiben a Biztosított olyan Balesetet szenved, amelynek következtében a Biztosított eltűnik, és a holttest nem kerül elő a Baleset időpontját követő 365 napon belül, valamint a Baleset ténye és az okozati összefüggés bizonyítást nyer, akkor a Biztosítási szerződés minden egyéb feltétele és kikötése értelmében a Biztosító a Biztosítottat halottnak tekint, és a Baleseti halál esetére járó szolgáltatást teljesíti.

Amennyiben a Biztosítási összeg kifizetése után bármikor kiderül, hogy a Biztosított mégis életben van, 30 napon belül valamennyi kifizetést a Biztosító részére teljes mértékben vissza kell fizetni.

2.3.2. Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti halál

Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti halálnak minősül, ha a Biztosított a Személygépkocsi vezetőjeként vagy utasaként utazik, és a Baleseti halál a Biztosító kockázatviselési ideje alatt, Személygépkocsival való közlekedés során következett be.

Ezen fedezetre egyebekben a Baleseti halálra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

2.3.3. Kórházi napidíj – Baleset esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt olyan Baleseti Testi sérülést szenved, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a Biztosított Kórházban történő Fekvőbeteg-kezelését eredményezi a Baleset időpontját követő 1 éven belül, a Biztosító kifizeti a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeget maximum 365 nap időtartamra.

2.3.4. Kórházi napidíj – Betegség esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Betegség miatt közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a Biztosított Kórházban történő Fekvőbeteg-kezelését eredményezi a Betegség időpontját követő 1 évben belül, a Biztosító kifizeti a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeget maximum 365 napra.



2.3.5. Lábadozási napidíj – Baleset esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Baleset miatt Kórházi kezelést követően Orvos által előírt otthoni Lábadozásra szorul, a Biztosító kifizeti a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeget, **de legfeljebb a Kórházban töltött éjszakák számának háromszorosára vagy – amennyiben a Kórházban töltött éjszakák számának háromszorosa a 365 napot meghaladja – 365 napra.**

2.3.6. Lábadozási napidíj – Betegség esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Betegség miatt Kórházi kezelést követően Orvos által előírt otthoni Lábadozásra szorul, a Biztosító kifizeti a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeget, **de legfeljebb a Kórházban töltött éjszakák számának háromszorosára vagy – amennyiben a Kórházban töltött éjszakák számának háromszorosa a 365 napot meghaladja – 365 napra.**

2.3.7. Baleseti Csonttörés és Ízületi ficam

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt olyan Baleseti Testi sérülést szenved, amely közvetlenül és bármely más októl függetlenül a jelen feltételekben meghatározott Csonttörést vagy Ízületi ficamot okoz, a Biztosító kifizeti a Szolgáltatási táblázatban az adott törésre vagy Ízületi ficam mértékére vonatkozó Biztosítási összeg meghatározott százalékát.

2.3.8. Baleseti égési- vagy fagyási sérülés

Jelen fedezet alapján Biztosítási eseménynek minősül a Biztosító kockázatviselése alatt a Biztosított vonatkozásában a Balesetből eredően bekövetkezett égési és/vagy forrázási vagy fagyási sérülés, amelyeket tűz, bármilyen hőforrás, maró kémiai anyag, magas vagy alacsony hőmérsékletnek való kitettség, vegyi anyagok okoztak.

2.3.9. Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás (maradandó teljes munkaképtelenség)

A Biztosító egyszeri szolgáltatási összeget fizet meg a Biztosított részére, amennyiben a Balesete olyan súlyos fizikai állapotot okozott, amely miatt a keresőképtelenség elbírálására, illetve igazolására jogosult Orvos vagy Kórház a legsúlyosabb rokkantsági fokozat fennállását állapítja meg, így saját jogon keresőképtelen állományba kerül, és emiatt teljesen ellehetetlenül a Biztosított bármilyen jövedelemszerző tevékenysége, továbbá az állapota lehetetlenné teszi az alapvető élettevékenységek elvégzését. További feltétel, hogy a Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás a Biztosított vonatkozásában legalább 12 hónapon keresztül folyamatosan fennálljon.

A Biztosító egyszeri szolgáltatási összeget fizet meg, amennyiben a Biztosított Gyermeke az életkorának megfelelő alapvető szükségletek kielégítését a Baleset következtében önállóan már nem tudja ellátni, így folyamatos gondozásra, teljes körű segítségnyújtásra szorul, így különösen, ha a következő sérüléseket szenvedte el: súlyos agy-, illetve gerincvelői károsodás, súlyos fokú légzési vagy keringési zavar, széklet- és vizeletürítési zavar, helyzetváltoztatásra képtelen, bénult állapot, több mint 50%-os II., illetve III. fokú égési sérülés.

A Biztosító az egészségkárosodás mértékét az Országos Orvosszakértői Intézet (OOSZI) határozata alapján állapítja meg.



2.3.10. Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Testi sérülés következményeként a Baleset bekövetkezésének időpontjától számított 1 év elteltével Orvosiilag kimutatható maradandó (állandó és visszafordíthatatlan) részleges egészségkárosodást szenved, amelynek következtében közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a testi funkciói végérvényesen károsodást szenvedtek, a Biztosító legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban meghatározott egyszeri Biztosítási összeget fizeti meg a következőképpen: a Biztosító a Biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodási fok alapján megállapított százalékát, de legfeljebb a maximális, 100%-os Biztosítási összeget fizeti meg.

2.3.11. Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás

Jelen fedezet alapján Biztosítási eseménynek minősül, ha a Biztosított a Személygépkocsi vezetőjeként vagy utasaként utazik, és a Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges maradandó egészségkárosodást szenved.

Ezen fedezetre egyebekben a Baleseti eredetű, részleges maradandó egészségkárosodásra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

2.3.12. Munkaképtelenség - Baleset és Betegség esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Baleset vagy Betegség miatt átmenetileg munkaképtelenné válik, a Biztosító legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban meghatározott havi Biztosítási összeget fizeti meg a Biztosított részére.

2.3.13. Munkanélküliségi biztosítás a munkahely nem önkéntes elvesztése esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt akaratán kívül elveszti a munkáját, a Biztosító legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban meghatározott havi Biztosítási összeget fizeti meg a Biztosított részére.

2.3.14. Kulcsvédelem

Amennyiben a Biztosított lakás- vagy Személygépkocsi kulcsa elveszik vagy ellopják (Lopás), a Biztosító megtéríti a pótlásuk költségeit a Biztosítási összeg mértékéig.

2.3.15. Táská-, pénztárca- és személyes Vagyontárgyak védelme

Amennyiben a Biztosított táskáját, pénztárcáját és egyéb személyes Vagyontárgyait ellopják (Lopás), a Biztosító megtéríti az új Vagyontárgyak beszerzésének költségeit, valamint a táskájában lévő kulcsok vagy kiegészítők pótlásának költségeit a Biztosítási összeg mértékéig.

A Biztosító megtéríti továbbá a Biztosított új személyazonosító okmányai vagy hitelkártyái kiállításának költségeit a Biztosítási összeg mértékéig, ha azok a táská ellopása idején a Biztosított táskájában vagy pénztárcájában voltak.



2.3.16. Személyazonosságot igazoló okmányok védelme

Amennyiben a Biztosított személyes okmányai elvesznek, megsemmisülnek, vagy ellopják azokat (Lopás), a Biztosító megtéríti az új személyes okmányok kiállításának pótlási költségeit a Biztosítási összeg mértékéig.

2.3.17. Autókulcs-védelem

Ha a Biztosított Személygépkocsijának kulcsai elvesznek, megsérülnek, vagy ellopják azokat (Lopás), a Biztosító megtéríti a pótlásuk, a szükséges javítás vagy a lakatosszolgálat költségeit a Biztosítási összeg mértékéig.

2.3.18. Otthonvédelem

Amennyiben a Biztosított ingóságai Természeti katasztrófa vagy Vízszivárgás miatt megsérülnek, megrongálják vagy ellopják azokat (Lopás) a Biztosított otthonából, amíg a Biztosított Kórházi kezelés miatt Kórházban tartózkodott, a Biztosító megtéríti a javítások költségeit, vagy az ellopott tárgyak pótlási értékét a Biztosítási összeg mértékéig.

2.3.19. Kisállatok gondozása

Amennyiben a Biztosított Baleset vagy Betegség miatt Kórházi kezelésre szorul, és szükségessé válik, hogy kisállatát egy kisállatszállodában vagy a Biztosított otthonában gondozzák, akkor a Kórházban töltött éjszakák számának megfelelően, de legfeljebb 30 napig a Biztosító megtéríti a kisállat gondozásával kapcsolatban felmerült költségeket a Biztosítási összeg mértékéig.



3.1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, KOCKÁZATVISELÉS TARTALMA

3.1.1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

3.1.1.1. TELEFONON KERESZTÜL KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ESETÉN:

Telefonon keresztül kötött biztosítás esetén a Biztosítási szerződés megkötését a Szerződő az Ügyfélszolgálaton, vagy a Biztosító által megbízott Call centeren keresztül, hangfelvétel útján rögzített szóbeli nyilatkozat formájában kezdeményezi. Az Ügyfélszolgálat vagy a biztosításközvetítést végző Call center a Biztosítási szerződés megkötése előtt a Szerződőnek tájékoztatást ad a Biztosító főbb adatairól és a Biztosítási feltételekről. A Biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító hangfelvétel útján rögzített szóbeli megállapodásával jön létre, amelyről a Biztosító Biztosítási kötvényt állít ki.

A Biztosítási szerződés úgy is létrejöhet, hogy a Szerződő az Ügyfélszolgálatnak visszaküldi a kitöltött Ajánlati adatlapot. Ebben az esetben a Biztosítási szerződés azon a napon jön létre, amikor a Szerződő kézhez veszi a Biztosító által kibocsátott és megküldött Biztosítási kötvényt, amely a Szerződő biztosítási ajánlata elfogadásának minősül.

3.1.1.2. ELEKTRONIKUS ÚTON TÖRTÉNŐ BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSKÖTÉS ESETÉN:

Elektronikus úton történő Biztosítási szerződéskötés esetén – a Biztosító honlapján keresztül rögzített ajánlat megtevése után – az ott rögzített adatok automatikusan feldolgozásra kerülnek a Biztosító informatikai rendszerében. A Biztosítási ajánlatnak a Biztosító számára történő hozzáférhetővé válásáról a Biztosító haladéktalanul, de legkésőbb 24 órán belül tájékoztatja a Szerződő felet.

3.1.1.3. ELEKTRONIKUS ÚTON MEGKEZDETT, AZONBAN TELEFONON KERESZTÜL KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ESETÉN:

A Biztosítási szerződés létrejöttét jelen Biztosítási feltételek 3.1.1.1. pontja szabályozza.

3.1.2. KOCKÁZATVISELÉS TARTALMA

Jelen Biztosítási feltételek 3.1.1.1. és 3.1.1.3. pontjaiban meghatározott esetekben a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által tett Biztosítási ajánlat napján megkezdődik, feltéve, hogy a Szerződő által a Biztosítási szerződés első gyakoriság szerinti díja megfizetésre kerül. A kockázatviselés kezdetének időpontját a Biztosítási kötvény tartalmazza.

A távértékesítésre tekintettel a kockázatviselés abban az esetben kezdődik meg a fenti időpontban, ha a Szerződő ehhez az Ügyfélszolgálaton vagy a biztosításközvetítést végző Call centeren keresztül tett ajánlattétele során, illetve az Ajánlati adatlapon kifejezetten hozzájárul. A Biztosító kockázatviselése hozzájárulás hiányában csak a felmondásra nyitva álló 14. nap lejártát követő napon veszi kezdetét, amennyiben a Szerződő a Biztosítási szerződés első gyakoriság szerinti díját megfizeti.

Jelen Biztosítási szerződés 3.1.1.2. pontjában meghatározott esetben a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által tett biztosítási ajánlaton meghatározott időpontban megkezdődik, feltéve, hogy a Szerződő által a Biztosítási szerződés első gyakoriság szerinti díja megfizetésre kerül. A kockázatviselés kezdetének időpontját a Biztosítási kötvény tartalmazza.

3.2. VÁRAKOZÁSI IDŐ

Amennyiben a Biztosító a Biztosítási szerződésben Várakozási időt köt ki, arról az adott fedezetben rendelkezik. **A Biztosító kockázatviselése a Várakozási időre nem terjed ki, a Várakozási idő alatt a Biztosító az adott fedezettel kapcsolatban biztosítási díjra nem jogosult.** A Várakozási idő hosszát az egyes kockázatokra vonatkozóan a Biztosítási kötvény tartalmazza.

3.3. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉVFORDULÓJA ÉS A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

A Biztosítási szerződés – ha a felek másként nem állapodnak meg – határozatlan tartamú, a tartamon belül a Biztosítási időszak 1 év. Határozott idejű szerződések esetén – ha a felek másként nem állapodnak meg – a Biztosítási időszak a szerződés tartama. A Biztosítási időszak kezdete a kockázatviselés kezdete, amely minden évben a biztosítási évforduló.



3.4. BIZTOSÍTÁS TERÜLETI HATÁLYA

A biztosítás területi hatálya az egész világra kiterjed, kivéve, ha a jelen dokumentumban az egyes fedezetek esetében ettől eltérően van meghatározva.

3.5. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, DÍJFIZETÉS SZABÁLYAI

A biztosítási díj a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke. A Biztosítási időszakra járó díj előre esedékes. A biztosítási díjat, a díj megfizetésének gyakoriságát, az esedékességét és a módját a fedezetet igazoló dokumentum tartalmazza. Az éves biztosítási díj fizethető éves és havi részletekben.

A Biztosító a Biztosítási szerződés díját a Biztosítási fedezetet igazoló dokumentumban (kötvényben) meghatározott Biztosítási időszakra (1 évre) állapítja meg. A Várakozási idő alatt a Biztosító az adott fedezettel kapcsolatban biztosítási díjra nem jogosult.

Jelen Biztosítási szerződés 3.1.1.2. pontjában meghatározott esetben a biztosítás első díjrészlete a Biztosítási szerződés létrejöttkor, de legkésőbb a szerződés létrejöttét követő 15. napon esedékes. A Szerződő a biztosítási díjat megfizetheti átutalás, csoportos beszedési megbízás vagy online bankkártyás fizetés útján.

Jelen Biztosítási szerződés 3.1.1.1. és 3.1.1.3. pontjaiban meghatározott esetben a biztosítás a kockázatviselés kezdetét követő 1 hónapig ingyenes. A biztosítás első díjrészlete a kockázatviselés kezdő napját követő hónapban, a kockázatviselés kezdő napjával megegyező napon esedékes. A biztosítási díjat a Szerződő megfizetheti postai csekk (kézpénzátutalási megbízás), átutalás, csoportos beszedési megbízás vagy online bankkártyás fizetés útján.

A folytatólagos díj a kockázatviselés kezdőnapjával megegyező napon esedékes. A folytatólagos díj azon időszakban esedékes, amely időszakra az vonatkozik. Amennyiben a szerződést olyan napon kötötték, mely nem minden hónapban van, akkor az esedékesség a hónap utolsó napja.

Amennyiben a Biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a Biztosító az egész Biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti az adott fedezet tekintetében. A Biztosító jogosult az elmaradt biztosítási díj iránti követelését a biztosítási szolgáltatás összegébe beszámítani. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles a szerződés megszűnését követő 30 napon belül visszatéríteni.

Valamely Biztosított halála esetén a Biztosítási szerződés megszűnik az elhalálozott személyre vonatkozóan. A Biztosító a befizetett díj időarányos részét – a Biztosított halálának napjától – a Szerződő részére, amennyiben az elhalálozott Biztosított maga a Szerződő, a Kedvezményezett(ek), vagy ennek hiányában az örökös(ök) részére visszatéríti.

3.6. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA

Biztosítási szerződés módosítása esetén az alábbi elérhetőségeken kezdeményezhetik az adatok módosítását:

- » **telefonon keresztül:** +36 80 468 468
telefonos ügyfélszolgálatunk nyitvatartása:
H: 08:00–20:00
K-P: 09:00–17:00
Sz-V: zárva
- » **írásban:** 1380 Budapest, Pf. 1219
- » **e-mailben:** colonnade.ugyfelszolgalat@protocall.hu

Szerződés módosításának minősül, amennyiben a Szerződő vagy valamely Biztosított megváltoztatja a nevét, címét, telefonszámát, e-mail-címét vagy a Kedvezményezett(ek) személyét.



Módosításnak minősül különösen továbbá:

- » a Biztosítási kötvény fizetési gyakoriságának megváltoztatása;
- » a Biztosítási összeg, a biztosítási limit emelése vagy csökkentése;
- » a biztosított fedezetek változása;
- » Biztosított személyek hozzáadása vagy eltávolítása.

3.7. KÁRRENDEZÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOKRÓL ÉS EGYÉB BIZONYÍTÁSI ESZKÖZÖKRŐL

Azt követően, hogy jelen Biztosítási feltételek 3.8.1. pontjának d) bekezdésében meghatározottaknak megfelelően bejelentették a káreseményt, és a kárigény elbírálásához szükséges összes irat beérkezett, a Biztosító az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 (tizenöt) munkanapon belül elbírálja a kárigényt.

A kárigény elbírálásához csatolandó dokumentumok listáját jelen pontban találja. Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a felsorolásban rögzített dokumentumok listája az eddigi kártapasztalatok és tipikus károk, kárigények alapján készült. **Ere tekintettel a Biztosító fenntartja a jogot arra, hogy amennyiben a jövőben olyan egyedi káresemény történik, vagy kárigény jelentkezik, amelynek elbírálásához a jelzett dokumentumoktól, bizonyító eszközöktől eltérő, vagy azokon felül további dokumentumok, bizonyító eszközök szükségesek, úgy azokat bekérje.** A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy ilyen kár esetén a csatolandó dokumentumok, egyéb bizonyító eszközök listáját a bejelentéstől számított 8 napon belül megadjuk a Biztosítottnak vagy a Biztosított képviselőjének.

Amennyiben nem bocsátják a Biztosító rendelkezésére a szükséges információkat, dokumentumokat, vagy a Kárrendezési eljáráshoz szükséges együttműködést elmulasztják, a Biztosító nem tudja lefolytatni a Kárrendezési eljárást.

3.7.1. A KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ESETÉN BENYÚJTANDÓ, ÁLTALÁNOS DOKUMENTUMOK:

- » teljeskörűen kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány (kötvényszám, lakcím, átutaláshoz szükséges adatok megadásával);
- » az egészségügyi adatok Biztosító általi kezeléséhez való hozzájárulás;
- » Orvosi dokumentáció;
 - » Baleset/Betegség diagnózisát tartalmazó ambuláns lap, Kórházi zárójelentés, ellátási lap;
 - » a vizsgálatot végző Orvos adatai;
- » hatósági eljárással kapcsolatban készült jegyzőkönyv, végzés stb., amennyiben a káreseménnyel kapcsolatban volt hatósági intézkedés.

FEDEZETHEZ KAPCSOLÓDÓ DOKUMENTUMOK

Baleseti halál;

Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett Baleseti halál:

- » halottvizsgálati bizonyítvány;
- » boncolási jegyzőkönyv;
- » halotti anyakönyvi kivonat;
- » öröklési bizonyítvány, hagyatékátadó végzés – amennyiben a szerződéshez kapcsolódik Kedvezményezett nyilatkozat, a szolgáltatást a Kedvezményezett(ek) részére nyújtja a Biztosító.

Kórházi napidíj (Baleset és Betegség esetén):

- » Kórházi zárójelentés (részletes Orvosi diagnózis, ellátási napok száma).

Lábadozási napidíj (Baleset és Betegség esetén);

Munkaképtelenség (Baleset és Betegség esetén):

- » a keresőképtelenség tartamát igazoló dokumentumok, táppénz vagy betegszabadság igazolása.



Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás;

Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás;

Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó teljes vagy részleges egészségkárosodás:

- » rokkantság mértékét megállapító Orvosi dokumentum, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézetének határozata, Szakorvosi vélemény.

Légzsák- és biztonságiöv-védelem:

- » rendőrségi vagy kárszakértői igazolás arról, hogy a biztonsági öv bekapcsolt állapotban volt, és a légzsák megfelelően működött a káresemény során.

Baleseti Csonttörés és Ízületi ficam:

- » Baleset- és Betegségbiztosítás esetén benyújtandó, általános dokumentumokon túl további dokumentum benyújtása nem szükséges.

Baleseti égési- vagy fagyási sérülés:

- » Baleset- és Betegségbiztosítás esetén benyújtandó, általános dokumentumokon túl további dokumentum benyújtása nem szükséges.

Otthonvédelem:

- » Vagyontárgyak beszerzési számlái.

Kisállatok gondozása:

- » kisállat oltási könyve;
- » kisállat elhelyezésével kapcsolatban kiállított számla.

VAGYONBIZTOSÍTÁS ESETÉN BENYÚJTANDÓ, ÁLTALÁNOS DOKUMENTUMOK

Kulcsvédelem;

Táska-, pénztárca- és személyes Vagyontárgyak védelme;

Személyazonosságot igazoló okmányok védelme;

Autókulcs-védelem:

- » teljeskörűen kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány (kötvényszám, cím, átutaláshoz szükséges adatok megadásával);
- » forgalmi engedély;
- » amennyiben Lopással vagy Rablással kapcsolatban térül a Vagyontárgy, akkor a rendőrségi feljelentésről készült jegyzőkönyv;
- » javítási és/vagy pótlási számlák és bizonylatok.

EGYÉB BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN BENYÚJTANDÓ DOKUMENTUMOK

Munkanélküliségi biztosítás a munkahely nem önkéntes elvesztése esetén:

- » teljeskörűen kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány (kötvényszám, lakcím, átutaláshoz szükséges adatok megadásával);
- » a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata;
- » a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló igazolványának másolata;
- » a munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről, megszüntetéséről;
- » a megszünt, megszüntetett munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata;
- » a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat másolata;
- » amennyiben a munkáltató jogutód nélkül szűnt meg, a megszűnést igazoló okirat másolata;
- » Munkaügyi Központ határozatának másolata a Biztosított álláskeresőként történt regisztrációjáról.

A havi szolgáltatás teljesítéséhez, minden hónapban:

- » Munkaügyi Központ vagy kirendeltség igazolása arról, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól mely időpontig volt regisztrált álláskereső.
- » Amennyiben a Biztosított nem nyújtja be az adott hónapra vonatkozó igazolást, a Biztosító fizetési kötelezettsége megszűnik, kivéve, ha a Biztosított utólag bizonyítja, hogy a munkanélküliség folyamatos, vagy folyamatosan fennállt.



3.8. A SZERZŐDŐ FELEK SPECIÁLIS KÖTELEZETTSÉGEI

3.8.1. SZERZŐDŐ, BIZTOSÍTOTT KÖTELEZETTSÉGEI

A) TÁJÉKOZTATÁSI KÖTELEZETTSÉG

Ha a szerződést nem a Biztosított köti, a Biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a Biztosított belépéséig a Szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

B) KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁSBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

A Szerződő, illetve Biztosított köteles a Biztosítási szerződés megkötése előtt és változás esetén a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt közölni a Biztosítóval, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett. A Szerződő, illetve a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a változást követő 8 munkanapon belül írásban bejelenteni a Biztosítónak. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.

A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlésre és változásbejelentésre 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. **A közlésre vagy a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződés megkötésekor ismerte, vagy ismernie kellett, vagy az nem hatott közre a Biztosítási esemény bekövetkezésében.**

A Szerződő és a Biztosított a közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettségének keretén belül köteles a Biztosítót tájékoztatni, ha ugyanarra a biztosítási érdekre más biztosítónál is Biztosítási szerződést kötött.

Lényeges körülménynek minősül különösen:

- » a biztosítási ajánlatban vagy a fedezetet igazoló dokumentumban (kötvényben) szerepelő adat, információ;
- » ha másik biztosító-intézettel ugyanazon kockázatra szóló Biztosítási szerződést kötött, amelyre e szabályzat alapján a Biztosító kockázatviselése kiterjed.

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

C) KÁRMEGELŐZÉSI, KÁRENYHÍTÉSI KÖTELEZETTSÉG

Kármegelőzés

A Szerződő, illetve a Biztosított a káresemények megelőzése és elhárítása érdekében köteles az adott helyzetben általában elvárható magatartást tanúsítani, intézkedést megtenni, illetve a hatályos jogszabályokat, a biztonsági intézkedéseket, valamint a Biztosító előírásait betartani (pl. a sporttevékenység végzése során betartja a megfelelő biztonsági óvintézkedéseket, beleértve a funkcionális védőfelszerelések használatát, megelőzi a Vagyontárgyaiban bekövetkező károkat, nem szeg meg olyan kötelezettséget, amely lényeges hatással lehet a Biztosítási esemény bekövetkezésére vagy lefolyására, következményeinek súlyosbítására vagy a kárigény összegének emelkedésére).

Kárenyhítés

A Szerződő, illetve a Biztosított a kár bekövetkezése esetén köteles a Biztosító előírásai és utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint a kár mértékének csökkentése érdekében szükséges és észszerű intézkedéseket haladéktalanul megtenni.

Így különösen, de nem kizárólagosan a kárenyhítési kötelezettsége megsértésének minősülhet:

- » ha a Biztosított a Baleset vagy Betegség esetén nem tartotta be az Orvos utasításait vagy az Orvos által előírt kezelési rendet;
- » Kórházi kezelés esetén az Orvos engedélye nélkül elhagyta a Kórházat, illetve egyéb módon megsértette a kezelési rendet;
- » Betöréses Lopás, Rablás, illetve kifosztás esetén a káreseményt követően nem tett haladéktalanul feljelentést a rendőrségen, és/vagy a feljelentés részeként nem sorolta fel a károsodott, illetve eltulajdonított Vagyontárgyakat.



A kárenyhítés szükséges költségei a Biztosítási összeg keretei között akkor is a Biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre.

Amennyiben elmulasztják vagy késedelmesen teszik meg a kár enyhítéséhez szükséges intézkedéseket, és nem mentették ki késedelmüket, azaz a magatartás felróhatóan minősül, akkor nem térítjük meg a késedelemből vagy mulasztásból eredő többletköltséget.

D) KÁRBEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

A Szerződő, a Biztosított, illetve a Kedvezményezett adott helyzetben elvárható módon, a lehető legrövidebb időn – de legfeljebb 8 munkanapon – belül köteles bejelenteni a káreseményt a Biztosítónak az alábbi elérhetőségeken, valamint a szükséges felvilágosításokat megadni.

A kárigénylő nyomtatvány, valamint annak mellékletei az alábbi módokon küldhetőek a Biztosító részére.

» **Írásban**

» **Online kárbejelentő rendszeren:** <https://www.colonnade.hu/karbejelentes#altalanos>

Válassza ki a kárigény típusát, majd töltsse ki és küldje el az adatlapot, és csatolja az összes kötelező dokumentumot. Ezt követően kárrendezési csoportunk munkatársa felveszi Önnel a kapcsolatot, hogy tájékoztassa a további teendőkről.

» **E-mail:** karrendezes@colonnade.hu

Letöltheti a Kárbejelentő formanyomtatványt az alábbi oldalról:

https://www.colonnade.hu/karbejelentes/offline-karbejelentes#offline_lakas_baleset

Kérjük, töltsse ki az adatokat, majd küldje el a fent rögzített e-mail-címre. Ne felejtse el csatolni a kárigényével kapcsolatos dokumentumokat!

Kérjük, hogy a nyomtatványon adja meg a telefonszámát és az e-mail-címét, hogy kárrendezési csoportunk munkatársai kapcsolatba léphessenek Önnel, és tájékoztathassák a további teendőkről.

» **Posta:** Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe, 1426 Budapest, Pf. 153

Letöltheti a Kárbejelentő formanyomtatványt az alábbi oldalról, vagy kérheti annak postai úton való elküldését:

https://www.colonnade.hu/karbejelentes/offline-karbejelentes#offline_lakas_baleset

Kérjük, hogy csatolja a nyomtatványon felsorolt összes kötelező dokumentumot, adja meg telefonszámát és e-mail-címét a nyomtatványon, hogy kárrendezési csoportunk munkatársa kapcsolatba léphessen Önnel, és tájékoztathassa a további teendőkről. Kérjük, hogy a dokumentumokat a fenti címre küldje el.

» **Személyesen**

a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepének Ügyfélszolgálatán: 1134 Budapest, Váci út 23–27.

hétfő: 08:30–17:00

kedd: 08:30–17:00

szerda: 08:30–17:00

csütörtök: 08:30–17:00

péntek: 08:30–15:00

szombat–vasárnap: zárva

A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő vagy Biztosított nem tesz eleget a bejelentési kötelezettségének a szerződésben megállapított határidőben, vagy késedelmes a kárbejelentés, és emiatt a kár szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.

A Biztosító helytállási kötelezettsége nem, vagy csak részben áll be, amennyiben a Szerződő, illetve Biztosított nem valós káreseményt jelent be, vagy a káresemény bejelentése során csalárd eszközöket használ.

A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító kérdéseire kimerítő és a valóságnak megfelelő válaszokat adni a kárigény jogalapjának és összegszerűségének a megállapításához, és köteles lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. Amennyiben a Szerződő vagy a Biztosított nem adja meg a Biztosító részére a szükséges felvilágosítást, vagy nem teszi lehetővé a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetatlenné válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.



A Szerződő, illetve Biztosított a Biztosítási feltételek jelen pontjában (3.8.1.d.) meghatározott határidőben való bejelentési kötelezettsége alól csupán abban az esetben mentesülhet, ha a bekövetkezett Balesete vagy Betegsége miatt, vagy egyéb önhibáján kívül álló ok miatt nincs olyan állapotban, hogy a szükséges intézkedést haladéktalanul megtegye, és ezt az akadályoztatást a Biztosítási eseménnyel kapcsolatos jegyzőkönyv vagy dokumentáció egyértelműen bizonyítja. Amennyiben a Szerződő, illetve Biztosított eredményesen kimentette a késedelmét, a Biztosító akkor sem korlátozza a szolgáltatását, ha a Biztosítási eseménnyel kapcsolatos lényeges körülmények a Biztosított késedelme miatt váltak kideríthetetlenné. **A Biztosított a mentesülésre okot adó állapot megszűnését követően köteles haladéktalanul, de legkésőbb 2 munkanapon belül megtenni a szükséges intézkedéseket.** Amennyiben nem mentette ki a késedelmét, azaz felróható okból mulasztja el a határidőben történő bejelentést, de a lényeges körülmények kideríthetők, vagy azok kideríthetőségét nem a bejelentés késedelme okozta, a Biztosító teljesíti a biztosítási szolgáltatást.

E) DÍJFIZETÉSI KÖTELEZETTSÉG, DÍJFIZETÉS SZABÁLYAI

A díjfizetési kötelezettség a Szerződőt terheli. A díjfizetési kötelezettség, díjfizetés egyéb szabályait a Biztosítási szerződés 3.5. pontja tartalmazza.

F) EGYÉB KÖTELEZETTSÉGEK

Amennyiben a Biztosított Egyéni Baleset- és Betegségbiztosítást köt a Biztosítóval, úgy írásban felhatalmazza a Biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a Biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a Biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló Bit.-ben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a Biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (házi orvos, Szakorvos, Kórház, rendelőintézet stb.) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

A jelen Biztosítási feltételek elfogadásával a Szerződő tudomásul veszi, hogy a szolgáltatási igény elbírálása során és annak érdekében szükség lehet:

- a) a Szerződő nyilatkozatára a Biztosító felé arról, hogy felmenti a vizsgálatot vagy kezelést végző Orvost orvosi titoktartási kötelezettsége alól, és felhatalmazza őt, hogy a Biztosítónak az általa végzett kezelésekről a kár rendezéséhez szükséges felvilágosítást megadja;
- b) a Szerződő hozzájárulására ahhoz, hogy a Biztosító felvilágosítást kérjen a Biztosítási szerződés megkötése előtt meglévő Betegségeinek kezelésével kapcsolatban a kezelőorvostól vagy a Biztosítottat kezelő egészségügyi szervtől.

A Biztosító a kárrendezés kapcsán előírhatja a Biztosított kötelező orvosi vizsgálatának elvégzését, amely esetben a Biztosító vállalja a vizsgálaton való részvétellel összefüggésben észszerűen felmerülő költségeket.

A fenti kötelezettségek megsértése esetén a Biztosító helytállási kötelezettsége nem, vagy csak részben áll be.

Amennyiben a Biztosító úgy ítéli meg, hogy további Orvosi felülvizsgálat szükséges, kötelezheti a Biztosítottat az Orvosi vizsgálaton való részvételre. A vizsgálat költsége a Biztosítót terheli. Együttműködés hiányában a Biztosító jogosult elutasítani a teljes kárigényt. Az Orvosi felülvizsgálattal kapcsolatban felmerülő utazási költség a Biztosítót terheli. A Biztosító maximálisan 2. osztályú tömegközlekedési eszközön való utazás költségét téríti meg a Biztosított részére.

3.8.2. BIZTOSÍTÓ KÖTELEZETTSÉGEI

A) TÁJÉKOZTATÁSI KÖTELEZETTSÉG

A Biztosító köteles a Szerződőt tájékoztatni az alábbiakról:

- » a Biztosítási szerződés adatairól;
- » kérésre a bejelentett károk rendezéséről, a szolgáltatások összegének kifizetéséről, illetve ezek akadályairól.

A Biztosító köteles a Biztosítási szerződés megkötése előtt, bizonyítható és azonosítható módon, közérthető, egyértelmű és részletes írásbeli tájékoztatást adni a szerződést kötni kívánó ügyfél részére a Biztosító főbb adatairól és a Biztosítási szerződés jellemzőiről.



B) SZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG

A Biztosító a Biztosítási szerződés feltételeiben részletesen meghatározott szolgáltatás teljesítésére vállal kötelezettséget akként, hogy a Biztosító szolgáltatásának feltételeit és mértékét a jelen Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató, illetve a Biztosító által kiállított fedezetet igazoló dokumentum (kötvény) tartalmazza.

A Biztosítási összeget közvetlenül a Biztosítottnak, a Biztosított halála esetén a Kedvezményezett(ek)nek fizeti ki a Biztosító. Amennyiben Kedvezményezettjelölés nem volt, úgy a törvényes örökös(ök) részére fizeti ki a Biztosító a kártérítési összeget. Gyermek Biztosított esetében a Szerződő részére történik a kifizetés.

Gyermek Biztosítottakra a felnőtt Biztosítottakra vonatkozó Biztosítási összeg 50%-a vonatkozik, feltéve, hogy az adott fedezet Gyermekre is kiterjed.

A Biztosítási összeg mértéke a Szolgáltatási táblázatban kerül fedezetenként feltüntetésre. A Biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítási kötvényen vagy a Biztosítási feltételekben feltüntetett Biztosítási összeget fizeti ki a Biztosító a Biztosított vagy a Kedvezményezett részére, amennyiben a káreseménnyel kapcsolatban semmilyen kizárásra vagy mentesülésre okot adó körülmény nem merült fel.

A Biztosítási esemény, fedezet típusától függően a következő lehetőségek szerint számítja ki a Biztosító a szolgáltatási összeget:

- » egyösszegű juttatás;
- » havi juttatás;
- » napidíj;
- » a Biztosítási összeg %-ában kifejezett összeg.

A Biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatási kötelezettségét a teljesítés időpontjában Magyarországon hivatalos, magyar fizetőeszközben, banki átutalás vagy csekkes kifizetés útján az esedékesség időpontjában érvényes Citibank Europe plc. Magyarországi Fióktelepe árfolyama alapján teljesíti.

3.9. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSÉNEK ÉS MEGSZÜNTETÉSÉNEK ESETEI

A Biztosító kockázatviselése a Biztosítási szerződés megszűnéséig áll fenn. A Biztosítási szerződés megszűnésének és megszüntetésének esetei:

3.9.1. ÉRDEKMŰLÁS, LEHETETLENÜLÉS

Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének kezdete előtt a Biztosítási esemény bekövetkezett, bekövetkezése lehetetlenné vált, vagy a biztosítási érdek megszűnt, a szerződés vagy annak megfelelő része megszűnik.

3.9.2. RENDES FELMONDÁS

A Biztosító a határozatlan tartamú Biztosítási szerződést 30 napos felmondási idővel a Biztosítási időszak végére felmondhatja. A felmondásról a Szerződőt írásban, postai úton, vagy az e-mail-címmel rendelkező és elektronikus kommunikációt választó ügyfelet elektronikus úton tájékoztatja.

A Biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni. A Biztosító köteles a díj arányos ellenértékét meghaladó részt a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően, de legkésőbb 30 napon belül a Szerződő részére visszatéríteni, és helytállni a biztosítás megszűnésének időpontjáig bekövetkezett Biztosítási eseményekért jelen Biztosítási szerződésnek megfelelően.

A Szerződő a határozatlan tartamú Biztosítási szerződést a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal 30 napos felmondási idővel felmondhatja.

A Biztosítási időszak minden esetben egy újabb évvel meghosszabbodik, amennyiben a felek nem élnek a felmondás jogával, vagy ha a biztosítás egyéb ok miatt nem szűnik meg.



3.9.3. DÍJFIZETÉSI KÖTELEZETTSÉG ELMULASZTÁSA, RÉSZLEGES DÍJFIZETÉS

A) DÍJFIZETÉSI KÖTELEZETTSÉG ELMULASZTÁSA

Ha a Szerződő az esedékes díjat azt követően sem egyenlíti ki, hogy őt a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – írásban és a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre felhívta, a Biztosítási szerződés a póthatáridő eredménytelen elteltével a díjesedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. A díjnemfizetés miatti megszűnés után befizetett díj nem helyezi újra hatályba a szerződést.

B) RÉSZLEGES DÍJFIZETÉS

Amennyiben a Szerződő az esedékes díjnak csak egy részét fizette meg, és a Biztosító eredménytelenül hívta fel a Szerződőt a díjfizetési kötelezettségére, a szerződés a díjesedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

3.9.4. KÖZÖS MEGEGYEZÉS

A Biztosítási szerződés közös megegyezéssel bármikor megszüntethető a megállapodásban megjelölt időpontban. A megszüntetés hatályának napjáig a Biztosító jogosult a biztosítási díjra.

3.9.5. EGYÉB

A Szerződő a tájékoztatás kézhezvételétől számított 14 napon belül indoklás nélkül felmondhatja a Biztosítási szerződést.

A határozott tartamra kötött Biztosítási szerződés a tartam lejártakor – a tartam utolsó napjának 24.00 órájával, a felek további intézkedése nélkül – megszűnik.

3.9.6. BIZTOSÍTOTTAL KAPCSOLATOS MEGSZŪNÉSI OKOK

A Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik a következő feltételek bármelyikének bekövetkezése esetén:

A) AZ ADOTT BIZTOSÍTOTT VONATKOZÁSÁBAN

- » azon a napon, amikor a Biztosító megkapta a Szerződőnek a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatát, amelyben kezdeményezi, hogy a Biztosítási szerződés hatálya ne terjedjen ki Házastársára/Élettársára mint Biztosítottra;
- » amennyiben a Biztosítási szerződés hatálya adott Biztosítottra a Szerződővel fennálló Házastársi vagy Élettársi kapcsolatára tekintettel terjed ki, a Szerződő házasságának felbontásáról szóló bírói ítélet jogerőre emelkedésének vagy az Élettársi jogviszony megszűnésének napján;
- » ha a Biztosított folyamatosan, egy éven belül több mint 180 napon keresztül Magyarország határain kívül él, a 181. naptól;
- » a Biztosított 80. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor;
- » „Munkaképtelenség – Baleset és Betegség esetén” és „Munkanélküliségi biztosítás a munkahely nem önkéntes elvesztése esetén” fedezetek tekintetében a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor, de legkésőbb az öregségi nyugdíj jogosultságának elérésekor;
- » azon a napon, amikor a Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodást megállapították;
- » azon a napon, amikor az állandó Munkaképtelenséget vagy önálló életvitelre való képtelenséget megállapították;
- » a Biztosított halálával az elhalálozás napján.

B) GYERMEK BIZTOSÍTOTT VONATKOZÁSÁBAN

- » a Gyermekek 18. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor;
- » a Gyermekek halálával, az elhalálozás napján;
- » a Szerződő a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával, amelyben kezdeményezi, hogy a Biztosítási szerződés hatálya ne terjedjen ki a Gyermekekre mint Biztosítottra.

A Szerződő 8 napon belül köteles írásban bejelenteni, amennyiben a Házastársa vagy Élettársa esetében olyan változás következik be, amely a Biztosító kockázatviselésének megszűnését eredményezi.

A Biztosítónak a további Biztosítottak vonatkozásában fennálló kockázatviselését nem érinti, ha az a) és b) pontban írt okokból egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik, mindaddig, amíg a további Biztosítottak megfelelnek azoknak a feltételeknek, amelyeket a jelen Biztosítási feltételek a Biztosítottakkal szemben megállapítanak. Jelen bekezdés nem alkalmazható, amennyiben a Biztosítási szerződés a Szerződő mint Biztosított vonatkozásában szűnik meg. Amennyiben a szerződés a Szerződő tekintetében szűnik meg, a Biztosító a további Biztosítottak részére új biztosítási ajánlatot készíthet.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



Baleseti halál

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.1. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Kedvezményezett(ek) vagy – Kedvezményezetti jelölés hiányában – az örökös(ök) részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti halál

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.2. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Kedvezményezett részére.

Amennyiben a Biztosított egyszerre rendelkezik Baleseti halál és Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti halál fedezetekkel, és amennyiben a Baleseti halál bekövetkezése mindkét fedezetben leírtak alapján Biztosítási eseménynek minősül, akkor a Kedvezményezett(ek) vagy az örökösök mindkét fedezet után jogosultak biztosítási szolgáltatásra.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

A Biztosító további 10%-kal növeli a Biztosítási összeg kifizetését, ha a Baleset időpontjában a Biztosított az eredeti gyári biztonsági övet megfelelő állapotban viselte, és olyan ülésen ült, amelyet az ütközés időpontjában felfűjt, eredeti gyári légzsák védett, és az működésbe lépett.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Kórházi napidíj – baleset esetén

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.3. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

A napidíj az az összeg, amely a Kórházban töltött éjszakánként megilleti a Kórházban kezelt Fekvőbeteg Biztosítottat. Az intenzív osztályon töltött napokra a Kórházi napidíj összege megduplázódik.

Amennyiben ugyanazon Baleset következtében a Biztosított többször tartózkodott Kórházban, a kezelési napok száma összeadódhat, azonban összességében nem haladhatja meg a 365 napot.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- bármilyen jellegű pihenéssel járó gyógykezelést nyújtó létesítményekben (gyógyfürdők stb.) hosszú távú ellátásban, különösen idősotthonokban, gyógyüdülőkben, hosszú távú ellátást, gyógykezelést nyújtó Kórházakban, lábadozó-központokban, rehabilitációs intézetekben, méregtelenítő-központokban való tartózkodással kapcsolatban;
- Orvosi vizsgálat, műtét vagy tisztán kozmetikai jellegű kezelés, illetve elhízás, impotencia vagy meddőség kezelése céljából;
- Betegségből adódóan szükségessé vált Kórházi tartózkodás esetén.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Kórházi napidíj – betegség esetén

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.4. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

A napidíj az az összeg, amely a Kórházban töltött éjszakánként megilleti a Kórházban kezelt Fekvőbeteg Biztosítottat. Az intenzív osztályon töltött napokra a Kórházi napidíj összege megduplázódik.

A Biztosító a Biztosítottnak Kórházi napidíjat a **Várakozási idő lejártát követő első naptól** kezdve szolgáltathat.

Ugyanazon Betegség következtében többszöri Kórházi kezelés esetén a napok száma összeadódik, de összességében nem haladhatja meg a 365 napot.

A Kórházi ápolási napok tekintetében a Biztosító az OEP-normákat veszi figyelembe.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- bármilyen jellegű pihenéssel járó gyógykezelést nyújtó létesítményekben (gyógyfürdők stb.), hosszú távú ellátásban, különösen idősotthonokban, gyógyüdülőkben, hosszú távú ellátást, gyógykezelést nyújtó Kórházakban, lábadozó-központokban, rehabilitációs intézetekben, méregtelenítő-központokban való tartózkodással kapcsolatban;
- Orvosi vizsgálat, műtét vagy tisztán kozmetikai jellegű kezelés, illetve elhízás, impotencia vagy meddőség kezelése céljából történő ellátásokra;
- terhességgel vagy szüléssel kapcsolatos Betegségekre, Orvosi kezelésekre;
- kutatásokkal, kísérletekkel, oltásokkal és fogamzásgátlással kapcsolatos Kórházi kezelésre;
- a Várakozási idő alatt kialakuló Betegségekre;
- Balesetből adódó Kórházi kezelésre.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltétel 3.7. pontja tartalmazza.



Lábadozási napidíj – baleset esetén

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.5. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



A Biztosító a Biztosítottnak a Biztosított Kórházi tartózkodásának utolsó napját követő naptól kezdődően téríti meg az Orvos által előírt Lábadozás minden napjára, **de legfeljebb a Kórházban töltött éjszakák számának háromszorosára vagy – amennyiben a Kórházban töltött éjszakák számának háromszorosa a 365 napot meghaladja – 365 napra.**

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) bármilyen jellegű pihenéssel járó gyógykezelést nyújtó létesítményekben (gyógyfürdők stb.), hosszú távú ellátásban, különösen idősotthonokban, gyógyüdülőkben, hosszú távú ellátást, gyógykezelést nyújtó Kórházakban, lábadozó-központokban, rehabilitációs intézetekben, méregtelenítő-központokban való tartózkodással kapcsolatban;
- b) Orvosi vizsgálat, műtét vagy tisztán kozmetikai jellegű kezelés, illetve elhízás, impotencia vagy meddőség kezelése céljából;
- c) Betegségből adódóan szükségessé vált Kórházi tartózkodás esetén.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Lábadozási napidíj – betegség esetén

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.6. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

A Biztosító a Biztosítottnak a Biztosított Kórházi tartózkodásának utolsó napját követő naptól kezdődően téríti meg az Orvos által előírt Lábadozás minden egyes napjára, **de legfeljebb a Kórházban töltött éjszakák számának háromszorosára vagy – amennyiben a Kórházban töltött éjszakák számának háromszorosa a 365 napot meghaladja – 365 napra.**

A Biztosító a Biztosítottnak Lábadozási napidíjat a Várakozási idő lejártát követő első naptól kezdve szolgáltatathat.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) bármilyen jellegű pihenéssel járó gyógykezelést nyújtó létesítményekben (gyógyfürdők stb.), hosszú távú ellátásban, különösen idősotthonokban, gyógyüdülőkben, hosszú távú ellátást, gyógykezelést nyújtó Kórházakban, lábadozó-központokban, rehabilitációs intézetekben, méregtelenítő-központokban való tartózkodással kapcsolatban;
- b) Orvosi vizsgálat, műtét vagy tisztán kozmetikai jellegű kezelés, illetve elhízás, impotencia vagy meddőség kezelése céljából;
- c) terhességgel vagy szüléssel kapcsolatban;
- d) kutatásokkal, kísérletekkel, oltásokkal és fogamzásgátlással kapcsolatban;
- e) a Várakozási időszak alatt bekövetkezett Biztosítási eseményekkel kapcsolatban;
- f) Balesetből adódóan szükségessé vált Kórházi tartózkodás esetén.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



Baleseti csonttörés és Ízületi ficam

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.7. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget vagy annak meghatározott százalékát.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

Amennyiben a Biztosított Baleset következtében Baleseti Csonttörést vagy Ízületi ficamot szenved, a Biztosító a sérülés súlyosságától és mértékétől függő Biztosítási összeget téríti meg, feltéve, hogy a sérülésről készült Kórházi vagy Szakorvosi dokumentum, a zárójelentés vagy ambulánslap alátámasztja a sérüléseket.

A Biztosító megtéríti a Biztosítási összegnek az adott Baleseti Csonttörésre vagy az Ízületi ficamra vonatkozó meghatározott százalékát az alábbi Értékelési táblázat alapján.

Értékelési táblázat

Sérülés megnevezése	Szolgáltatás a teljes Biztosítási összeg százalékában kifejezve
Törés és Ízületi ficam	%
A csípő- vagy medencecsontok törése vagy törései (a combcsont és a csigolyák kivételével)	100%
Egy vagy több lábszárcsont (combsont, sípcsont, szárkapocscsont, sarokcsont, kivéve a bokacsontot), koponya (kivéve az arccsontot és orrcsontot), állcsont, csigolya (kivéve a farokcsontot) törése vagy törései	50%
A lapocka, a kulcscsont vagy a kar egy vagy több csontjának (felkarcsont, orsócsont, singcsont), a felső állkapocs csontjának törése vagy törései	25%
A lábfej (kivéve a lábujjak és a sarok), a boka, a térdkalács, a kéz (kivéve az ujjak), a csuklócsontok, a szegycsontok törése vagy törései	10%
Borda/bordák, farokcsont, ujj, lábujj, arccsont, orr törése(i)	5%
Csípőficam, gerincferdülés röntgenfelvétellel igazolt ficam (kivéve porckorongsérv)	50%
Térd, boka, lapocka, váll, kulcscsont, könyök vagy csukló ficama	25%
A kéz- vagy lábujjak ficama, az alsó állkapocs ficama	5%

A Biztosító a Csont nem teljes keresztmetszetű törése esetén a teljes törésre vonatkozó Biztosítási összeg 50%-át téríti meg.

Ugyanazon Balesetből eredő több Csonttörés vagy Ízületi ficam esetén az egyes törésekre vagy Ízületi ficamokra fizetendő százalékos értékek összeadódnak, azonban a káreseményenkénti teljes szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a teljes Biztosítási összeg 100%-át.

A Biztosítási szabályzat jelen pontjában rögzített táblázatban nem említett Csonttöréseket vagy Ízületi ficamokat a sérülés súlyosságával arányosan értékeli a Biztosító a fenti értékelési táblázatban felsorolt esetekkel való összehasonlítás alapján.

Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító jogosult a Szerződő vagy a Biztosított által benyújtott Orvosi dokumentumot felülvizsgálni, és amennyiben a Biztosító orvosszakértője ezen benyújtott dokumentumtól eltérő álláspontot képvisel, a Biztosító az orvosszakértője által kiállított szakvélemény alapján bírálja el a Biztosítási eseményt.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltétel 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- bármilyen Betegség, progresszív (nem Baleseti) ok, természetes úton kialakuló állapot vagy degeneratív folyamat;
- csonttrikulás okozta törések, ficamok;
- kóros törések, kóros vékony törések (hajszálrepedések);
- habituális ficamok.

Korlátozások:

A Biztosító azt az Ízületi ficamot tekinti Biztosítási eseménynek, amellyel kapcsolatban Szakorvosi intézkedés vagy vizsgálat volt szükséges.

A Biztosító nem tekinti igazolt Ízületi ficamnak azt a sérülést, amellyel kapcsolatban csak házi orvos intézkedett.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Baleseti égési- vagy fagyási sérülés

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.8. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget vagy annak meghatározott százalékát.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltétel 10. pontja határozza meg.

A Biztosító a Biztosítottnak a Baleseti égési vagy fagyási sérülés miatt bekövetkezett Testi sérüléssel kapcsolatban az alábbi Értékelési táblázat alapján téríti meg a Biztosítási összeget.

Értékelési táblázat

Súlyosság/Fokozat	Az érintett testfelület mérete/kiterjedése				
	1-9%	10-19%	20-49%	50-79%	80% felett
Másodfokú égési és fagyási sérülések	1,5%	2,5%	5%	12,5%	20%
Harmadfokú égési és fagyási sérülések	5%	10%	20%	50%	80%
Negyedfokú égési és fagyási sérülések	7,5%	20%	40%	90%	100%
Légúti égési és fagyási sérülések	100%				
Elsőfokú égési és fagyási sérülések	0%				

Ha az égés az arcot, a nyakat vagy a dekoltázst érinti, akkor az érintett testfelület %-ának mértékét megduplázza a Biztosító.

Ugyanazon Balesetből eredő több Baleseti égési vagy fagyási sérülés esetén az egyes égési vagy fagyási sérülésekre fizetendő százalékok összeadódnak, de a teljes ellátás összege nem haladhatja meg a teljes Biztosítási összeget.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



Ahhoz, hogy a Biztosító a Biztosítottnak megtérítse a Biztosítási szolgáltatást, a Szerződőnek vagy a Biztosítottnak be kell nyújtania azon dokumentumot, amelyben az Orvos megállapította a Baleseti égési vagy fagyási sérülés jellegét és mértékét.

A Biztosító jogosult a Szerződő vagy a Biztosított által benyújtott orvosi dokumentumot felülvizsgálni, és amennyiben a Biztosító orvosszakértője ezen benyújtott dokumentumtól eltérő álláspontot képvisel, a Biztosító az orvosszakértője által kiállított szakvélemény alapján bírálja el a Biztosítási eseményt.

Az égési sérülések fokozatai:

Elsőfokú égési sérülés: a bőr felső rétege sérül, ami fájdalmat és a bőrfelület kipirosodását okozza.

Másodfokú égési sérülés: a bőr felső rétegének és az irha (dermis) felső rétegének sérülése, ami hólyagosodást eredményez, vagy az irha (dermis) mélyebb rétegének sérülése, ahol a seb alapja fehéres és fájdalmas.

Harmadfokú égési sérülés: a bőr teljes vastagságában sérült hólyagosodás nélkül, és a felszín érzéketlen.

Negyedfokú égési sérülés: a bőr alatti szövetek, például az izmok és a csontok elpusztulnak, és a sérült végtag gyakran elszenesedik.

A fagyási sérülések fokozatai:

Elsőfokú fagyási sérülés: fehér elszíneződés, érzékelésvesztés, bőrpír, duzzanat és fájdalom a felmelegedésre.

Másodfokú fagyási sérülés: a bőr pasztaszerűvé válása, a bőrduzzanat fokozódik, hólyagosodás alakul ki.

Harmadfokú fagyási sérülés: vérzés keletkezik a bőrben, kék-fekete elszíneződés kialakulása, nekrozis, hidegség, az ujjak mozgásképességének csökkenése.

Negyedfokú fagyási sérülés: visszafordíthatatlan szövetpusztulás, fekete-barna elszíneződés, mumifikálódás, az elhalt szövetek elhatárolódása az egészséges környezettől.

A Biztosító jogosult a Szerződő vagy a Biztosított által benyújtott Orvosi dokumentumot felülvizsgálni, és amennyiben a Biztosító orvosszakértője ezen benyújtott dokumentumtól eltérő álláspontot képvisel, a Biztosító az orvosszakértője által kiállított szakvélemény alapján bírálja el a Biztosítási eseményt.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem fizeti meg a Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás (maradandó teljes munkaképtelenség)

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.9. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

A Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás következményeit a Baleset időpontjától számított egy év elteltével állapítja meg a Biztosító. Ha a maradandó következmények nem rendeződtek (azaz a testi károsodás a Szakorvos véleménye szerint a Balesettől számított egy év elteltével sem nyeri el egyértelműen a végleges maradandó egészségkárosodás jellegét), akkor a maradandó egészségkárosodást két év elteltével vizsgálja meg a Biztosító. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás a Baleset időpontjától számított négy éven belül sem nyeri el végleges állapotát, akkor a maradandó egészségkárosodás mértékét a negyedik év végén állapítja meg a Biztosító, és ennek megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

Az egészségkárosodás foka általában a kezelés és a rehabilitáció befejezése után válik ismertté. Kivételt képeznek az olyan vitathatatlan helyzetek, ha a Baleset következménye nyilvánvaló, mint például testrészek vagy szerv elvesztése. Ebben az esetben a Balesetet követő első éven belül nyújt a Biztosító szolgáltatást.

Ha a Biztosított a Balesettől eltérő okból meghal, mielőtt a maradandó következményekre vonatkozó ellátás kifizetésre kerülne, a Biztosító a Kedvezményezett(ek) részére a legutóbbi Orvosi megállapítások szerinti maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem térít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.10. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget vagy annak meghatározott százalékát.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

A Biztosító a Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás mértékét a kezelés befejezése után, valamint a Biztosított egészségi állapotának stabilizálódása után állapítja meg.

A Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás következményeit a Baleset időpontjától számított egy év elteltével állapítja meg a Biztosító. Ha a maradandó következmények nem rendeződtek (azaz a testi károsodás a Szakorvos véleménye szerint a Balesettől számított egy év elteltével sem nyeri el egyértelműen a végleges maradandó egészségkárosodás jellegét), akkor a maradandó egészségkárosodást két év elteltével vizsgálja meg a Biztosító. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás a Baleset időpontjától számított négy éven belül sem nyeri el végleges állapotát, akkor a maradandó egészségkárosodás mértékét a negyedik év végén állapítja meg a Biztosító, és ennek megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

Az egészségkárosodás foka általában a kezelés és a rehabilitáció befejezése után válik ismertté. Kivételt képeznek az olyan vitathatatlan helyzetek, ha a Baleset következménye nyilvánvaló, mint például testrészek vagy szerv elvesztése. Ebben az esetben a Balesetet követő első éven belül nyújt a Biztosító szolgáltatást.

Amennyiben a sérülés maradandó következményei olyan testrészt érintenek, amelynek működőképessége már a Balesetet megelőzően is csökkent, a Biztosító csökkenti a szolgáltatást. A szolgáltatás (az Értékelési táblázat szerint) a testrész Balesetet megelőző funkcionális fogyatékoságának mértéke szerint csökken.

A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a maradandó következmények aránya kevesebb mint 1%.

Amennyiben a Baleset egynél több típusú maradandó egészségkárosodást okoz, akkor a maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító úgy határozza meg, hogy összegzi azok mértékét, azonban az így kapott szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeget.

Ha a Biztosított a Balesettől eltérő okból meghal, mielőtt a maradandó következményekre vonatkozó ellátás kifizetésre kerülne, a Biztosító a Kedvezményezett(ek) részére a legutóbbi Orvosi megállapítások szerinti maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

A Biztosító Baleseti eredetű, maradandó teljes vagy részleges egészségkárosodás miatt kifizeti a Biztosítottnak az Értékelési táblázat alapján a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeg adott egészségkárosodásra meghatározott százalékát.

Amennyiben a Biztosított balkezes, és ezt megerősítik/bizonyítják, a Szolgáltatási táblázatban a jobb és bal oldalhoz tartozó arányok fordítottja érvényes.

ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

A kárigény elbírálásához szükséges Értékelési táblázatot a jelen Biztosítási feltételek 1. számú melléklete tartalmazza.

Az Értékelési táblázatban fel nem sorolt maradandó egészségkárosodás esetén a Biztosító az Orvosa által meghatározott, az Értékelési táblázatban felsoroltakhoz hasonló súlyosságú és következményű egészségkárosodásnak megfelelő szolgáltatást nyújtja.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem fizeti meg a Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltétel 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a maradandó következmények aránya kevesebb mint 1%.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.11. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget vagy annak meghatározott százalékát.

Amennyiben a Biztosított egyszerre rendelkezik „Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás” fedezettel és „Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás” fedezettel, és amennyiben a maradandó részleges egészségkárosodás bekövetkezése mindkét fedezetben leírtak alapján Biztosítási eseménynek minősül, akkor a Biztosított vagy a Kedvezményezett(ek) mindkét fedezet után jogosultak biztosítási szolgáltatásra.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási szolgáltatás fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

A Biztosító a Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás mértékét a kezelés és a rehabilitáció befejezése után, valamint a Biztosított egészségi állapotának stabilizálódása után állapítja meg.

A Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás következményeit a Baleset időpontjától számított egy év elteltével állapítja meg a Biztosító. Ha a maradandó következmények nem rendeződtek (azaz a testi károsodás a Szakorvos véleménye szerint a Balesettől számított egy év elteltével sem nyeri el egyértelműen a végleges maradandó egészségkárosodás jellegét), akkor a maradandó egészségkárosodást két év elteltével vizsgálja meg a Biztosító. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás a Baleset időpontjától számított négy éven belül sem nyeri el végleges állapotát, akkor a maradandó egészségkárosodás mértékét a negyedik év végén állapítja meg a Biztosító, és ennek megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

Az egészségkárosodás foka általában a kezelés és a rehabilitáció befejezése után válik ismertté. Kivételt képeznek az olyan vitathatatlan helyzetek, ha a Baleset következménye nyilvánvaló, mint például testrészek vagy szerv elvesztése. Ebben az esetben a Balesetet követő első éven belül nyújt a Biztosító szolgáltatást.

Amennyiben a sérülés maradandó következményei olyan testrészt érintenek, amelynek működőképessége már a Balesetet megelőzően is csökkent, a Biztosító csökkenti a szolgáltatást. A szolgáltatás (az Értékelési táblázat szerint) a testrész Balesetet megelőző funkcionális fogyatékoságának mértéke szerint csökken.

A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a maradandó következmények aránya kevesebb mint 1%.

Amennyiben a Baleset egynél több maradandó típusú egészségkárosodást okoz, akkor a maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító úgy határozza meg, hogy összegzi azok mértékét, azonban az így kapott szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeget.

Ha a Biztosított a Balesettől eltérő okból meghal, mielőtt a maradandó következményekre vonatkozó ellátás kifizetésre kerülne, a Biztosító a Kedvezményezett(ek) részére a legutóbbi Orvosi megállapítások szerinti maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő összegű szolgáltatást nyújt.

A Biztosító a Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás miatt kifizeti a Biztosítottnak az Értékelési táblázat alapján a Szolgáltatási táblázatban megjelölt Biztosítási összeg adott egészségkárosodásra meghatározott százalékát.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



Amennyiben a Biztosított rendelkezik „Baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás” fedezettel és „Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó részleges egészségkárosodás” fedezettel egy időben, és a Baleset körülményei megfelelnek a jelen Biztosítási feltételben meghatározott Személygépkocsival való közlekedés felételeinek, akkor az említett két fedezettel kapcsolatban egyszerre jogosult a szolgáltatásra a Biztosított.

Amennyiben a Biztosított balkezes, és ezt megerősítik/bizonyítják, a Szolgáltatási táblázatban a jobb és bal oldalhoz tartozó arányok fordítottja érvényes.

ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

A kárigény elbírálásához szükséges Értékelési táblázatot a jelen Biztosítási feltételek 1. számú melléklete tartalmazza.

Az Értékelési táblázatban fel nem sorolt maradandó egészségkárosodás esetén a Biztosító az Orvosa által meghatározott, az Értékelési táblázatban felsoroltakhoz hasonló súlyosságú és következményű egészségkárosodásnak megfelelő szolgáltatást nyújtja.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem fizeti meg a Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltétel 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a maradandó következmények aránya kevesebb mint 1%.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Munkaképtelenség - baleset és betegség esetén

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.12. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Baleset vagy Betegség esetén a Várakozási idő lejáratát követően átmenetileg munkaképtelenné válik, a Biztosító legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban meghatározott 6 havi Biztosítási összeget fizet meg a Biztosított részére egy Biztosítási időszak alatt.

A Biztosító várakozási időt a „Munkaképtelenség - baleset és betegség esetén” fedezettel kapcsolatban, csak a betegség miatt bekövetkező káreseményekkel kapcsolatban alkalmaz.

A szolgáltatás kifizetéséhez a Biztosított Munkaképtelenségének legalább 30 napig kell tartania.

A Munkaképtelenséget az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltató (intézmény) finanszírozási szerződésben nevesített Orvosa igazolhatja. Magánorvos nem jogosult a táppénzhez szükséges keresőképtelenség igazolására.

Szolgáltatás csak akkor teljesíthető, ha a Biztosított legalább a Biztosítási esemény napjáig munkaszerződés alapján munkabért kapott.

Az első kifizetést a Biztosító a keresőképtelenség 30. napját követően teljesíti az igazoló dokumentumok beérkezését követő 15 munkanapon belül.

Amennyiben a Biztosított Munkaképtelenségének utolsó hónapja nem teljes egész hónap, a Biztosító arra a hónapra arányos összeget fizet.

A szolgáltatási összeg kiszámításának módja: a havi Biztosítási összeg osztva az adott hónap napjainak számával és megszorozva a Biztosított Munkaképtelensége napjainak számával, amelyekre még munkaszerződéssel rendelkezett.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem térít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) fáradtságból kialakuló Munkaképtelenségre;
- b) a munkanélküliségből eredő kárigényre;
- c) abban az esetben, ha a Biztosított Kórházi kezelése vagy Munkaképtelensége terhességgel vagy szüléssel kapcsolatos;
- d) a Várakozási idő alatt bekövetkező Biztosítási eseményekre.

Korlátozások:

Amennyiben a Biztosított betöltötte 65. életévét, új Biztosítási szerződés nem köthető részére. A biztosítás megszűnik a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor, de legkésőbb azon a napon, amikor a Biztosított öregségi nyugdíjra jogosulttá válik.

Amennyiben a Biztosított határozott tartamú munkaviszonyban áll, a szolgáltatásra a határozott tartamú munkaviszony utolsó napjáig jogosult.

A Biztosító maximum egy hónapra nyújt szolgáltatást abban az esetben, ha a sérülés vagy egyéb károsodás a gerincet és annak izomzatát, szalagzatát, porcát, ideg- és érellátását érinti, amely radiológiai módszerekkel nem bizonyítható.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Munkanélküliségi biztosítás a munkahely nem önkéntes elvesztése esetén

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.13. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt akaratán kívül elveszti a munkahelyét a Várakozási idő lejáratát követően, a Biztosító legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban meghatározott 6 havi Biztosítási összeget fizeti meg a Biztosított részére egy Biztosítási időszak alatt.

A szolgáltatás kifizetéséhez a Biztosított munkanélküliségének legalább 30 napig kell tartania.

A munkanélküliség fennállásáról a Munkaügyi Központ vagy kirendeltség igazolásának benyújtása szükséges.

Szolgáltatás csak akkor teljesíthető, ha a Biztosított legalább a Biztosítási esemény napjáig munkaszerződés alapján munkabért kapott.

A Biztosítottnak a munkahely elvesztését megelőző egy évben (365 napban) folyamatosan ugyanazon munkáltatónál határozott vagy határozatlan tartamú munkaviszonyban kell állnia.

Az első kifizetést a Biztosító a keresőképtelenség 30. napját követően teljesíti a szükséges igazoló dokumentumok beérkezését követő 15 munkanapon belül.

Amennyiben a Biztosított határozott tartamú munkaviszonyban áll, a szolgáltatásra a határozott tartamú munkaviszony utolsó napjáig jogosult. Így ha a munkanélküliségi Biztosítási fedezet utolsó hónapja nem teljes egész hónap, a Biztosító arra a hónapra arányos összeget fizet.

A szolgáltatási összeg kiszámításának módja: a havi Biztosítási összeg osztva az adott hónap napjainak számával és megszorozva a Biztosított munkanélküliségi napjainak számával.



KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem térít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) a Biztosított általi felmondás esetére;
- b) a Biztosított vagy a munkáltató általi azonnali hatályú felmondás esetére;
- c) a Munkáltató általi felmondás esetére, amennyiben a munkaszerződést a Biztosított nem kielégítő munkavégzése – vagy jogszabályi kötelezettség megszegése – vagy egyéb munkavégzési kötelezettség megszegése miatt indította;
- d) a közös megegyezéssel történő felmondás esetére;
- e) olyan munkaviszony megszűnésére, amelyről a Munkáltató a Biztosítási szerződés megkötése előtt értesítette a Biztosítottat;
- f) a Biztosított munkavállalóként végzett munkára vonatkozó jogszabályi előírásokból eredő kötelezettségmegszegése miatt, vagy azért, mert a Biztosított nem felel meg a jogszabályokban a megállapodás szerinti munka elvégzésére meghatározott követelményeknek, vagy azért, mert a Biztosított a munkaadó hibáján kívül nem felel meg a megállapodás szerinti munka elvégzésére vonatkozó követelményeknek, mindez A munka törvénykönyvének megfelelően;
- g) a Biztosított saját akaratából bekövetkező munkaviszony-megszüntetésére, kivéve, amennyiben a Biztosított mint munkavállaló a munkabér vagy bérkompenzáció, vagy annak egy részének A munka törvénykönyvével összhangban történő meg nem fizetése miatt szünteti meg a munkaviszonyát;
- h) amennyiben a munkaviszony elvesztése a munkaviszony megkezdését követő próbaidő alatt vagy annak végén következik be;
- i) a munkaviszony a határozott idejű munkaviszony megszüntetése miatt a munkaszerződés szerinti időtartam végén szűnt meg.

Korlátozások:

Amennyiben a Biztosított betöltötte 65. életévét, új Biztosítási szerződés nem köthető részére. A biztosítás megszűnik a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor, de legkésőbb azon a napon, amikor a Biztosított öregségi nyugdíjra jogosulttá válik.

Amennyiben a Biztosított határozott tartamú munkaviszonyban áll, a szolgáltatásra a határozott tartamú munkaviszony utolsó napjáig jogosult.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Kulcsvédelem

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.14. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

A Biztosító megtéríti az elveszett vagy elloptott kulcsokkal azonos típusú kulcsok és záruk költségeit, valamint a záruk és kulcsok cseréjével/újraprogramozásával kapcsolatos költségeket, amennyiben:

- a) a Biztosított állandó lakóhelyéhez tartozó kulcsot és/vagy a járművének kulcsát ellopták (Lopás), vagy a Biztosított elvesztette;
- b) amennyiben a Biztosított házát és/vagy gépjárművét feltörték.

A Biztosító megtéríti:

- a) a lakatosszolgálat költségét, ha a Biztosított nem tudja kinyitni a járművét vagy a háza ajtaját – a kulcsok elvesztése vagy ellopása (Lopás) miatt, vagy
- b) a pótkulcsok szállítási költségeit a Biztosítási szolgáltatás erejéig.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem térít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) a Biztosított állandó lakóhelyétől eltérő lakóhelyhez tartozó kulcsok elvesztésével kapcsolatos költségekre;
- b) a nem a Biztosítottak tulajdonában lévő járművek kulcsainak elvesztésével kapcsolatos költségekre;
- c) Természeti katasztrófák okozta veszteségek költségeire;
- d) a Várakozási idő alatt bekövetkező károkra.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Táska-, pénztárca- és személyes Vagyontárgyak védelme

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.15. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

Amennyiben a Biztosított táskáját, pénztárcáját és egyéb személyes tárgyait – amelyek az eltulajdonított táskában voltak – ellopják (Lopás), vagy azt Rablás, illetve Betörés útján eltulajdonítják, a Biztosító a Biztosított által benyújtott számlában megjelölt összeg erejéig, de legfeljebb a Biztosítási összegig megtéríti:

- a) hasonló típusú táska és/vagy pénztárca cseréjét, valamint a táskában és/vagy pénztárcában az esemény időpontjában lévő, a Biztosított tulajdonát képező egyéb Vagyontárgyak pótlási költségét;
- b) a Biztosítotthoz tartozó új személyazonosító okmányok és fizetési kártyák kiállításának költségét;
- c) a Biztosított lakóhelye vagy székhelye esetében a hasonló típusú kulcsok és zárok cseréjének költségeit.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem fizeti meg a Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) bármilyen pénzösszeg, átutalási megbízás(ok), szállítójegy(ek) költségeire;
- b) tűz, víz, normál elhasználódás, gyártási hiba, élőködők, rovarok, tisztítás vagy javítás által okozott károk költségeire;
- c) a Biztosított pénztárcájában és a benne lévő Vagyontárgyakban bekövetkezett Baleseti jellegű károk költségeire;
- d) az ellopott Személyes dokumentumok vagy bankkártyák miatti Személyazonosság-lopással kapcsolatos költségekre;
- e) az ellopott kártyára terhelt csalárd vagy jogosulatlan összegek költségeire;
- f) zsebtolvaj által erőszak vagy megfélemlítés nélkül elkövetett trükk, lopás vagy rejtélyes eltűnések költségeire;
- g) a Lopás miatti pótlási költségekre, ha a Lopás úgy következett be, hogy a pénztárcát olyan járműben, épületben vagy nyilvános helyen hagyták, ahol az kívülről látható volt;
- h) olyan kulcsok ellopására, amelyek nem a Biztosított bejelentett lakóhelyéhez vagy székhelyéhez tartozó kulcsok.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Személyazonosságot igazoló okmányok védelme

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.16. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

Ha a Biztosított személyazonosságát igazoló hatósági okmányok elvesztek, megsemmisültek vagy azokat ellopták (Lopás), a Biztosított által benyújtott számlában megjelölt összeg erejéig a Biztosító megtéríti az új személyazonosságát igazoló hatósági okmányok kiállításának pótlási költségeit a Biztosítási összeg erejéig.

Jelen fedezet alapján személyes okmánynak minősül:

- » személyi igazolvány;
- » tb-kártya;
- » lakcímkártya;
- » útlevel;
- » jogosítvány;
- » forgalmi engedély.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem téríti meg a Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) a normál elhasználódás, gyártási hibák által okozott károkra;
- b) a személyazonosságot igazoló hatósági okmányok ellopása vagy visszaélészerű használata miatti Személyazonosság-lopással kapcsolatos költségekre.

Személyazonosság-lopásnak tekinti a Biztosító a Biztosított személyes adatainak, például nevének és címének vagy személyi igazolványának jogosulatlan és/vagy jogellenes felhasználását, hitelszámlák és/vagy bankszámlák nyitását, illetve a Biztosított által nem engedélyezett pénzügyi tranzakciók végrehajtását.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Autókulcs-védelem

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.17. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt megtéríti a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget a Biztosított részére.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

Ha a Biztosított Személygépkocsijának kulcsai elvesznek, megsérülnek, vagy ellopják azokat (Lopás), a Biztosított által benyújtott számlában megjelölt összeg erejéig, de legfeljebb a Biztosítási összegig a Biztosító megtéríti azok pótlásának, vagy a szükséges javításnak, illetve a lakatosszolgáltatásnak a költségeit.

A Biztosító megtéríti az azonos típusú és költségű kulcsok és zárok cseréjének költségeit, amelyek a járműhöz tartozó zárok és kulcsok cseréjéhez/újraprogramozásához/beállításához kapcsolódnak, azaz:

- a) amely kulcsokat ellopták (Lopás) vagy elvesztették;
- b) ha a Biztosított Személygépkocsiját feltörték; vagy
- c) amelyek mechanikai vagy elektronikus sérülés következtében sérültek meg.

A c) pont alapján csak akkor térül a kár, ha a Biztosított Személygépkocsija nem áll kereskedelmi/gyári garancia alatt.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



A Biztosító megtéríti továbbá:

- d) a lakatosmunka költségét, ha a Biztosított (a kulcsok elvesztése vagy ellopása miatt) nem tudja kinyitni a jármű ajtaját;
- e) a pótkulcsok szállításának költségét.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem téríti a Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltétel 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) olyan járművek kulcsainak elvesztésével kapcsolatban felmerült költségekre, amelyek nem a Biztosított vagy a Biztosítottal rokonsági/Élettársi kapcsolatban álló személy tulajdonában vannak;
- b) Természeti katasztrófák okozta veszteségek költségeire;
- c) az autóban lévő kulcsok ellopása miatt felmerült költségekre;
- d) a Várakozási időszak alatt bekövetkező károokra.

Korlátozások:

- » a fedezet nem terjeszthető ki Gyermekek Biztosítottra.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Otthonvédelem

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.18. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt a Biztosított által benyújtott számlán feltüntetett összeget, de legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget téríti meg Biztosítási eseményenként.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

Amennyiben a Biztosított ingóságai Tartózkodási helyén Természeti katasztrófa vagy Vízszivárgás miatt megsérülnek, megrongálódnak, vagy ellopják (Lopás) azokat a Biztosított otthonából, amíg a Biztosított Kórházban volt, akkor a Biztosító megtéríti a javítások költségeit, vagy az ellopott tárgyak pótlási értékét.

A Biztosító megtéríti a Biztosított Kórházi kezelése alatt a Biztosított által a bejelentett Tartózkodási helyén hagyott ingóságokat a Betöréses Lopás, vandalizmus, Természeti katasztrófák és Vízszivárgás okozta károokra. A Biztosító abban az esetben is fedezi a Kórházi kezelés ideje alatt az ingóság megrongálódását vagy ellopását (Lopás), ha a Biztosítottnak a Gyermekeit kell elkísérnie a kezelésre, és lakása ez idő alatt üresen marad.

Jelen Biztosítási fedezet a Kórházi felvétel napján kezdődik, a Kórházi kezelés teljes időtartama alatt érvényes, és a Kórházi kezelés befejezését követő nap végén szűnik meg.

Amennyiben az ingóság nem javítható, vagy ellopták (Lopás), a Biztosító az ingóság pótlását újrabeszerzési értéken téríti meg a Biztosítási összeg erejéig. Az újrabeszerzési érték, a nem javítható vagy ellopott ingóság pótlásához szükséges új ingóság bekerülési költsége. Amennyiben a nem javítható vagy ellopott ingóság a kereskedelemben a káresemény időpontjában már nem fellelhető, akkor műszakilag és felhasználhatóság tekintetében a leginkább hasonló ingóság beszerzési költségét téríti meg a Biztosító a Biztosítási összeg erejéig.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltétel 5. pontjában meghatározott esetekben.

Korlátozások:

A Biztosított lakóhelyén elhelyezett Értéktárgyakra 15%-os szublimitet alkalmaz a Biztosító. A szublimitet a Biztosítási kötvény tartalmazza.

A fedezet nem terjeszthető ki Gyermekek Biztosítottra.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



Nem terjed ki a Biztosítási fedezet az alábbi Vagyontárgyakra:

- a) készpénz;
- b) értékpapír.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



Kisállatok gondozása

A Biztosító jelen szakasz szerinti fedezet alapján, a Biztosítási feltételek 2.3.19. pontjában meghatározott Biztosítási esemény miatt a Biztosított által benyújtott számlán feltüntetett összeget, de legfeljebb a Szolgáltatási táblázatban meghatározott Biztosítási összeget téríti meg Biztosítási eseményenként.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási összeg fogalmát a Biztosítási feltételek 10. pontja határozza meg.

Amennyiben a Biztosított Kórházba kerül, és emiatt a kisállatát kisállatszállodában, vagy más olyan helyen kellett elhelyeznie, ahol a kisállatot gondozzák, akkor a Biztosító **legfeljebb 30 napon keresztül** megtéríti az ellátás költségeit. A Biztosító – **legfeljebb 30 napon keresztül** – akkor is fedezi a kisállat ellátásának költségeit, ha a Biztosítottnak el kell kísérenie a Gyermekeit a Kórházi kezelésre.

Ezen Biztosítási fedezet vonatkozásában kisállatnak tekintjük azt a macskát vagy kutyát, amely a Biztosítottal egy háztartásban él, és amelynek a Biztosított vagy a Biztosított Házastárs vagy Élettársa a tulajdonosa, azaz a Biztosított vagy a Biztosított Házastárs vagy Élettársa az a személy, akit a törzskönyvben, az adásvételi/örökbefogadási szerződésben, az Orvosi/oltási dokumentációban és bármely más, a tulajdonjogot igazoló dokumentumban tulajdonosnak neveznek meg.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A Biztosítási fedezet a Kórházi felvétel napján kezdődik, a Kórházi kezelés időtartama alatt, de **legfeljebb 30 napon keresztül** érvényes, és a Kórházi kezelés befejezését követő nap végén szűnik meg.

A kisállat gondozásáról szóló számlán feltüntetett ápolási költségeket a Biztosító a Szolgáltatási táblázatban meghatározott napi limit erejéig téríti meg.

Ha a Biztosított a kisállat gondozásáról nem rendelkezik számlával, akkor a napi limit 40%-át fizeti ki a Biztosító. Egyszeri Kórházi kezelés esetén a kisállatok számától függetlenül, maximum 30 napig egy összegben fizet a Biztosító.

KIZÁRÁSOK, KORLÁTOZÁSOK, MENTESÜLÉSEK

Jelen Biztosítási feltételek alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és a Biztosító nem teljesít Biztosítási szolgáltatást a Biztosítási feltételek 5. pontjában meghatározott esetekben.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:

- a) bármilyen jellegű pihenéssel járó gyógykezelést nyújtó létesítményekben (gyógyfürdők stb.), hosszú távú ellátásban, különösen idősotthonokban, gyógyüdülőkben, hosszú távú ellátást, gyógykezelést nyújtó Kórházakban, lábadozó-központokban, rehabilitációs intézetekben, méregtelenítő-központokban való tartózkodással kapcsolatban;
- b) Orvosi vizsgálat, műtét vagy tisztán kozmetikai jellegű kezelés, illetve elhízás, impotencia vagy meddőség kezelése céljából;
- c) kutatással, kísérletekkel, oltásokkal, fogamzásgátlással kapcsolatban.

Korlátozások:

A fedezet nem terjeszthető ki Gyermekek Biztosítottokra.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

A kárigény elbírálásához szükséges dokumentumok listáját a jelen Biztosítási feltételek 3.7. pontja tartalmazza.



5.1. KIZÁRÁSOK

Jelen Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató alapján nem minősülnek Biztosítási eseménynek, és nem téríti meg a Biztosító azokat a károkat, veszteségeket, kiadásokat, illetve bármilyen jellegű költségeket, amelyek oka közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben:

- a) olyan Betegség, sérülés vagy egészségügyi állapot vagy annak következménye, amely okozati összefüggésbe hozható a biztosítás megkötése előtt korábban fennálló Betegséggel, stabilizált krónikus Betegségekkel;
- b) a Baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból ki vannak zárva;
- c) az AIDS-szel, a HIV-vel vagy az ezekből eredő állapotokkal kapcsolatos bármilyen Orvosi beavatkozás, kivéve a (biztosítás kezdete után bekövetkező) HIV-fertőzést, amely vérátömlesztésből, fizikai erőszakból vagy a munkavégzés során bekövetkezett incidensből ered;
- d) olyan Baleset, amely a Biztosított szándékos veszélykereséséből ered (kivéve életmentés), öngyilkosság és öncsonkítás, illetve ezek kísérletei (elmeállapotra való tekintet nélkül), Orvosi előírások be nem tartása;
- e) ismert veszélynek való gondatlan és szándékos kitétel (kivéve az emberi élet megmentésére tett kísérletet);
- f) olyan igényre, amely lőfegyver, robbanószer vagy fegyver tulajdonlásából, birtoklásából vagy használatából ered;
- g) bármely katonai, félkatonai vagy rendőrségi (rendészeti) szervezetnél vagy hivatásos tűzoltóságnál vagy békefenntartó szervnél folytatott aktív szolgálat alatt bekövetkezett Baleset;
- h) teljes vagy részmunkaidőben végzett hivatásos vagy félprofi sporttevékenység;
- i) bármilyen harcművészetben, légisportban, hegy- és sziklamászásban, barlangászatban, freedivingban, vízbe ugrásban, bungee jumpingban, kijelölt sípályákon kívüli sívelésben és snowboardozásban, valamint más, általában adrenalin- vagy extrémnek nevezett sportokban való részvétellel kapcsolatos;
- j) amennyiben a kár összefüggésbe hozható azzal, hogy a Biztosított gépjárművet vagy más közlekedési eszközt vezet, és ezen közlekedési eszköz, vagy annak fogalomba hozatala nem felelt meg az alkalmazandó jogszabályoknak;
- k) vasúti vagy légi szállítási eszköz vezetése, illetve tenger- vagy óceánjáró hajó vezetése;
- l) háború, megszállás, külföldi ellenségek cselekedetei, ellenségeskedések vagy háborús cselekmények (függetlenül attól, hogy hivatalosan hadat üzentek, vagy sem), polgárháború, felkelés, forradalom, lázadás, polgári zavargás, beleértve ennek felkeléssé növekedését is, katonai vagy bitorló hatalom; biológiai vagy vegyi fertőzés, rakéták, bombák, gránátok, robbanóanyagok;
- m) a hasadó anyagok robbanásából, a nukleáris reakcióból, radioaktív sugárzásból, továbbá ionizáló és lézersugárzásból eredő károokra, illetve toxikus, robbanásveszélyes, biológiai vagy kémiai anyagok használatából vagy kibocsátásából eredő károokra;
- n) terrorcselekményekből eredő vagy azzal kapcsolatos károokra: jelen Biztosítási feltételek alkalmazásában Terrorista cselekmény alatt azt a cselekményt kell érteni, amely magában foglalja, de nem korlátozódik bármely személy vagy személyek csoportja által elkövetett erő vagy erőszak és/vagy azzal való fenyegetés alkalmazására, cselekedjen az vagy azok önállóan, vagy bármely szervezet vagy kormány nevében, vagy azzal kapcsolatban, akár politikai, vallási, ideológiai vagy etnikai céllal vagy okból kifolyólag, beleértve a kormányra gyakorlandó befolyásolást és/vagy a nyilvánosság vagy a nyilvánosság valamely részének megfélemlítését. Kivéve a terrorcselekményekkel kapcsolatos sürgősségi baleseti ellátást, ha az adott célország a Biztosítási időszak kezdetén nem szerepel a Magyarország Külügyminisztériuma honlapjának listáján, amely tartalmazza a kiutazás szempontjából nem javasolt országokat;
- o) bármely idegi vagy elmebeli rendellenesség kezelése, elnevezésüktől vagy osztályozásuktól függetlenül, pszichiátriai és pszichotikus állapotok, bármilyen fajta depresszió, illetve elmebaj;
- p) a személyhez fűződő jogok megsértése miatt fizetendő sérelmi díj;
- q) a fogak törése és bármilyen fogászati ellátás és egyéb kapcsolódó eljárások költségei;
- r) az olyan felelősség, kárigény, amely tényleges, állítólagos, fenyegetően közelgő vagy meglévő „elektromágneses sugárzás” kibocsátásából, felszabadításából, kiszabadulásából vagy generálásából, illetve elektromos vezetékekből, berendezésekből vagy bármely másfajta olyan energiából vagy elektromosságból történő „elektromágneses sugárzásnak” való kitettségből ered, amely a levegőben, az űrben, a légkörben, a talajban vagy a vízben ténylegesen vagy állítólagosan kimutatható.



Aktív katonai, félkatonai, rendőrségi szolgálatnak azokat az időszakokat/tevékenységeket tekintjük, amikor a Biztosított az ilyen testületnél kifejezett fegyveres, rendvédelmi, vagy más olyan tevékenységet végez, amelyet jogszabály alapján csak ilyen szervezet végezhet. Így aki katonai, félkatonai, rendőrségi szervezetnél dolgozik, de a munkaköre során nem végez a fenti körbe tartozó feladatot (irodai munkák, igazgatási, oktatási, egészségügyi területek, szakértői tevékenységek), annál ez a kizárás nem érvényesül.

Jelen Biztosítási feltételek alkalmazásában az „elektromágneses sugárzás” magában foglalja a mágneses energiát, hullámokat, mezőket vagy erőket, amelyeket elektromos töltés, áram, frekvencia, energia vagy erő gerjesztett, termelt, osztott szét, továbbított vagy tartott fenn, ugyanakkor nem korlátozódik csak ezekre.

5.2. MENTESÜLÉSEK

A Biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással

- a) a Szerződő fél vagy a Biztosított;**
- b) a velük közös háztartásban élő Hozzá tartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy a Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztatóban meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk;**
- c) a Biztosított jogi személynek a Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztatóban meghatározott vezető beosztású tisztségviselője vagy a Biztosított Vagyontárgy kezelésére jogosított tagja, munkavállalója vagy megbízottja okozta.**

Ezen rendelkezést a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

A Baleset súlyosan gondatlan magatartásnak minősül, ha az a szavak általánosan elfogadott jelentése szerint az eset körülményei, illetve a kialakult bírósági gyakorlat alapján is súlyosan gondatlan magatartásnak tekinthető.

Jelen biztosítási szabályzat alapján jogellenes, súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha:

- a) a Baleset a Biztosított, a Szerződő vagy a Biztosított Hozzá tartozója alkoholos befolyásoltsága (0,00‰ fölötti véralkoholszint) vagy gyógyszer, kábítószer, illetve bódítószer általi befolyásoltsága alatt, vagy azzal közvetlen okozati összefüggésben következett be;**
- b) a Biztosított, a Szerződő vagy a Biztosított Hozzá tartozója engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett;**
- c) a Baleset jogosítvány nélküli gépjárművezetés közben következett be, vagy a Biztosított a Baleset során nem használt biztonsági övet vagy bukósisakot.**

A Baleseti halál esetén teljesítendő szolgáltatási kötelezettség alól mentesül a Biztosító, ha a Biztosított halálát a Kedvezményezett szándékos magatartása okozta.

A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatási kötelezettség alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a Biztosítási esemény a Biztosított által elkövetett bűncselekmény, vagy annak kísérlete folytán következett be.

5.3. A SZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG KORLÁTOZÁSA

A Biztosítási szerződés létrejöttékor eltartott Gyermekek minősülő Biztosítottak Biztosítási összege a Szolgáltatási táblázatban feltüntetett Biztosítási összegek 50%-a.

5.4. GAZDASÁGI SZANKCIÓK

A jelen biztosítás alapján a Biztosító nem nyújt Biztosítási fedezetet, és nem fizet kártérítést vagy egyéb biztosítási szolgáltatást, ha ilyen fedezet, kártérítés vagy szolgáltatás nyújtása a Biztosítót, anyavállalatát vagy tulajdonosát az Egyesült Nemzetek Szervezete, az Európai Unió vagy bármely egyéb szervezet határozatai, kereskedelmi és gazdasági szankciói vagy jogi szabályozása szankciónak, korlátozásnak vagy tilalomnak tenné ki.

6. Panaszkezelés és jogviták rendezése



A Biztosító minden tőle telhetőt megtesz annak érdekében, hogy a Szerződő és a Biztosított személy magas színvonalú biztosítási szolgáltatásban részesüljön.

Amennyiben valamennyi erőfeszítésünk ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a Biztosító szolgáltatásaival, valamint a Biztosítási szerződés teljesítésével összefüggésben panasz terjeszthető elő írásban a **Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepéhez** címzett levélben, e-mailben vagy faxon (Levelezési cím: 1426 Budapest, Pf.: 153.; Telefaxszám: +36 460 1499; e-mail cím: info@colonnade.hu, weboldalunkon: <https://www.colonnade.hu/panaszbejelentes>), illetőleg személyesen vagy telefonon is nyitvatartási időben az **Ügyfélszolgálatunkon** (Cím: 1134 Budapest, Váci út 23–27.; Telefonszám: +36 1 460 1400).

Társaságunk a panaszbejelentés beérkezésétől számított 30 (harminc) napon belül írásban küldi meg válaszát a panaszos részére. A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a Fogyasztónak minősülő ügyfél az alábbi szervezetek bármelyike előtt előterjesztheti a panaszt:

Pénzügyi Békéltető Testület

A Biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos (pénzügyi fogyasztói) jogvita esetén a Fogyasztó álláspontját alátámasztó bizonyítékaival a Pénzügyi Békéltető Testület (Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55; Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.; Levelezési cím: 1525 Budapest BKKP Pf.: 172.; Telefonszám: +36 80 203 776; E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) eljárását kezdeményezheti.

Magyar Nemzeti Bank

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság a Magyar Nemzeti Bank. Fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy (Fogyasztó) a Magyar Nemzeti Banknál (Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf.: 777.; Telefonszám: +36 80 203 776; E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet.

Polgári peres eljárás

A Biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos jogvita esetén a fogyasztó álláspontját alátámasztó bizonyítékaival bírósághoz is fordulhat.

A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak nem minősülő ügyfél jogosult a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (1134 Budapest, Váci út 23–27.) által hozott, számára nem megfelelő döntés ellen Bírósághoz fordulni. Ebben az esetben a polgári pert a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező magyar bíróság előtt kell a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepével szemben megindítani.

A Biztosító panaszkezelési szabályzata megtekinthető az Ügyfélszolgálaton kifüggesztve, továbbá elérhető a következő címen: <http://www.colonnade.hu>.

7. Személyes adatok kezelésével kapcsolatos tájékoztatás



A SZEMÉLYES ADATOK KEZELŐJE

Az adatok kezelője a Colonnade Insurance S.A.

Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei:

email: dpo@colonnade.hu

telefon: +36 1 460 1400

levelezési cím: 1426 Budapest, Pf.: 153.



A KEZELT ADATOK KATEGÓRIÁI

személyes adat: azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, név, szám, születési idő és hely, cím, telefonszám, online azonosító alapján azonosítható.

különleges adat: egészségügyi adatok.

AZ ADATKEZELÉS CÉLJA

A Biztosító az ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a Biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggenek. Az adatkezelés célja a Biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, a Biztosítási szerződésből származó követelések megítélése vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet.

Az adatkezelés céljai közé tartozik az ENSZ, az EU vagy más által elrendelt gazdasági szankcióknak, illetve a pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás megelőzésére vonatkozó kötelezettségeknek való megfelelés biztosítása.

A colonnade.hu honlapon keresztül történő online szerződéskötések a Távért tv. és az Eker tv. hatálya alá esnek, ezért az adatkezelések további célja a fentiek mellett az ezen jogszabályok által előírt fogyasztói tájékoztatásra vonatkozó kötelezettség teljesítésének a bizonyítása, a Biztosítási szerződés megkötésének a bizonyítása, az információs társadalommal összefüggő szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés létrehozása, tartalmának meghatározása, módosítása, teljesítésének figyelemmel kísérése, az abból származó díjak számlázása, valamint az azzal kapcsolatos követelések érvényesítése.

A Biztosító adatkezelése a Biztosítási szerződés megkötésével, míg kárbejelentés, szolgáltatási igény bejelentése és a szerződéssel kapcsolatos információkérés során megadott adatok esetén a bejelentés, kérés elküldésével megadottnak tekintett önkéntes hozzájáruláson alapul. Amennyiben útlemondási szolgáltatási igény teljesítésével kapcsolatban a Biztosított létfontosságú érdekeinek védelmére az szükséges, akkor a Biztosító egészségügyi adatokat továbbíthat az Európai Uniót kívüli országokba, az ilyen adattovábbítások körülményeiről a Biztosító a továbbításkor tájékoztatja az érintettet.

A Biztosító a panaszügyintézés során tudomására jutott személyes adatokat a Bit. 159. § panaszkezelésre vonatkozó rendelkezéseinek való megfelelés érdekében kezeli, és az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet. A Biztosító adatkezelése a Bit. fenti rendelkezésén alapuló kötelező adatkezelés.

Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító a közötte és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti. A hangfelvétel rögzítését a Bit. fent hivatkozott szakasza rendeli el kötelezően.

AZ ADATKEZELÉSEK IDŐTARTAMA

A biztosítási titok körébe tartozó adatok kezelése során a Biztosító a személyes adatokat – ideértve az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatokat is – a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonyban igény érvényesíthető. A Biztosító a létre nem jött Biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosítási szerződés megkötésével, nyilvántartásával, valamint a biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a Biztosító az Sztv. 169. §-a alapján 8 évig őrzi meg.



A Biztosító a biztosítók közötti adatcsere folytán más biztosítótól beszerzett adatokat a „Biztosítottai veszélyközösség védelme” pontban részletezett feltételekkel és időtartam elteltéig kezeli.

A panaszügyintézés során készült hangfelvételeket a Biztosító öt évig őrzi meg. A Biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a hatóságok kérésére bemutatja.

AZ ADATKEZELÉS JOGALAPJA

A Biztosítási szerződések kezelésével, nyilvántartásával kapcsolatos, valamint a telefonos ügyfélszolgálati célú adatkezelések jogalapja az érintettek hozzájárulása, a Bit. 135. §-a, az Sztv. 169. §-a, továbbá a biztosításnak elektronikus úton vagy telefonon keresztül történő megkötése esetén a Távért. tv. 11. § (2) bekezdése, és az Eker tv. 13/A. §-a. Az egészségi állapottal összefüggő adatokat a Biztosító az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A panaszkezelési célú adatkezelések jogalapja a Bit. 159. §-a.

Az ENSZ, az EU vagy más által elrendelt gazdasági szankcióknak (embargóknak) való megfelelés biztosítása esetén az adatkezelés jogalapja a Biztosító jogos érdeke, illetve a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése.

AZ ÉRINTETTEK JOGAI ÉS AZOK ÉRVÉNYESÍTÉSE

Az érintettek jogai az alábbiakra terjednek ki:

- a) kérelmezheti az adatkezelőtől a rá vonatkozó személyes adatokhoz való hozzáférést,
 - b) kérheti a személyes adatai helyesbítését és kiegészítését,
 - c) kérheti a személyes adatai törlését vagy kezelésének korlátozását,
 - d) tiltakozhat a személyes adatok kezelése ellen,
 - e) panasszal fordulhat az illetékes adatvédelmi fő felügyeleti hatósághoz (NAIH),
 - f) joga van az adathordozhatósághoz, illetve
 - g) illetve kérheti a személyes adatainak direktmarketing-célokra való használatának megtiltását.
- a) A Biztosító az érintett kérelmére – a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 15 napon belül írásban tájékoztatást ad az érintett részére a Biztosító vagy adatfeldolgozója által kezelt, az érintettre vonatkozó
- » személyes adatok kategóriáiról és azok forrásáról;
 - » adatkezelés céljáról és jogalapjáról;
 - » személyes adatok tárolásának tervezett időtartamáról, vagy ha ez nem lehetséges, ezen időtartam meghatározásának szempontjairól;
 - » a címzettek vagy címzettek kategóriáiról, akikkel, illetve amelyekkel a személyes adatokat közölték vagy közölni fogják;
 - » az igénybe vett adatfeldolgozó nevééről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről.

A tájékoztatás ingyenes, ha a tájékoztatást kérő a folyó évben azonos adatkörre vonatkozóan tájékoztatási kérelmet az érintett természetes személy még nem nyújtott be. Egyéb esetekben az adminisztratív költségeken alapuló, ésszerű mértékű költségtérítés állapítható meg.

A Biztosító a fentiekén túl, az érintett kérésére a kezelt személyes adatok másolatát rendelkezésre bocsátja.

- b) Az érintett jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító indokolatlan késedelem nélkül helyesbítse vagy kiegészítse a rá vonatkozó pontatlan személyes adatokat.
- c) A Biztosító az érintettre vonatkozó személyes adatokat indokolatlan késedelem nélkül törli, ha
- » a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtötték, vagy
 - » az érintett visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja, kivéve, ha az adat kezelése jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez szükséges, vagy jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges.

A Biztosító az érintettre vonatkozó személyes adatokat indokolatlan késedelem nélkül akkor is törli, ha a személyes adatokat az adatkezelőre alkalmazandó jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell, vagy a személyes adatok gyűjtésére az ÁAR 8. cikk (1) bekezdésében említett, információs társadalommal összefüggő szolgáltatások kínálásával kapcsolatosan került sor.



Az érintett jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító korlátozza az adatkezelést, ha az alábbiak valamelyike teljesül:

- » az érintett vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát;
- » az adatkezelés jogellenes, de az érintett ellenzi az adatok törlését, és ehelyett kéri azok felhasználásának korlátozását;
- » az adatkezelőnek már nincs szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de az érintett igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy
- » az érintett tiltakozott az adatkezelés ellen; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy az adatkezelő jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az érintett jogos indokaival szemben.

Az így korlátozott kezelésű adatot a tárolás kivételével csak az érintett hozzájárulásával, vagy jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez, vagy más természetes vagy jogi személy jogainak védelme érdekében, vagy az Unió, illetve valamely tagállam fontos közérdekéből lehet kezelni. Az adatkezelő a korlátozás feloldásáról előzetesen tájékoztatja az érintettet, akinek a kérésére korlátozták az adatkezelést.

- d) Ha az adatkezelés az adatkezelő vagy egy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges, akkor az érintett jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon személyes adatainak a kezelése ellen, ideértve az említett rendelkezéseken alapuló profilalkotást is.

Ebben az esetben a Biztosító a személyes adatokat nem kezelheti tovább, kivéve, ha bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az érintett érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak. A tiltakozást a Biztosító annak benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről az érintettet írásban tájékoztatja.

Az érintettek a személyes adataik kezelésével kapcsolatos tiltakozásaikat, kérelmeiket a Biztosítónál szóban (személyesen) vagy írásban (ideértve az elektronikus levelezést is) jelenthetik be, az alábbi elérhetőségeken:

? **Colonnade Biztosító Adatvédelmi Tisztviselő**
E-mail-cím: dpo@colonnade.hu,
Levelezési cím: 1426 Budapest, Pf. 153

- e) Ha Önnek a személyes adataival kapcsolatos tiltakozását, panaszát, kérelmét nem sikerült megnyugtató módon rendeznie, vagy Ön bármikor úgy ítéli meg, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll, akkor az alábbi hatóságoknál jogosult bejelentést tenni.

? **Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság**
Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.
Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9.
Telefon: +36 1 391 1400
Fax: +36 1 391 1410
E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu,
Web: <https://naih.hu>

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz is fordulni. A per elbírálása a törvényszék hatáskörébe tartozik. A per – az Ön választása szerint – az Ön lakóhelye vagy Tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

- f) Az érintett jogosult arra, hogy a rá vonatkozó adatokat tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja, továbbá jogosult arra, hogy ezeket az adatokat egy másik adatkezelőnek továbbítsa anélkül, hogy ezt akadályozná az az adatkezelő, amelynek a személyes adatokat a rendelkezésére bocsátotta. Ha ez technikailag megvalósítható, az érintett kérheti a személyes adatok adatkezelők közötti közvetlen továbbítását.



EGYÉB ADATKEZELÉSEK

Amennyiben a Biztosító a Bit. 138. §-ban felsorolt hatóságok részére tájékoztatást nyújt a személyes adatokkal kapcsolatosan, akkor a közléskor az érintettet is tájékoztatja az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről. A Biztosító nem tájékoztatja az érintett személyt a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

Az adatkezelő a hatóságok részére – amennyiben a hatóság a pontos célt és az adatok körét megjelölte – személyes adatot csak annyit és olyan mértékben ad ki, amely a megkeresés céljának megvalósításához szükséges.

ADATVÉDELMI INCIDENS BEJELENTÉSE A FELÜGYLETEI HATÓSÁGNAK, AZ ÉRINTETT TÁJÉKOZTATÁSA

Az adatkezelő az adatvédelmi incidenst indokolatlan késedelem nélkül, és ha lehetséges, legkésőbb 72 órával azután, hogy az adatvédelmi incidens a tudomására jutott, bejelenti az illetékes felügyeleti hatóságnak, kivéve, ha az adatvédelmi incidens valószínűsíthetően nem járt kockázattal az érintett jogaira és szabadságaira nézve. Az adatkezelő nyilvántartja az adatvédelmi incidenseket, feltüntetve az adatvédelmi incidensekhez kapcsolódó tényeket, annak hatásait és az orvoslására tett intézkedéseket.

Az adatkezelő indokolatlan késedelem nélkül tájékoztatja az érintetteket az adatvédelmi incidensről, ha az adatvédelmi incidens valószínűsíthetően magas kockázattal jár az érintett jogaira tekintettel.

Az adatkezelő a fentiekén túlmenően is megtesz minden lehetséges lépést az adatvédelmi incidens leghatékonyabb elhárítása és a személyes adatok védelmének legteljesebb biztosítása érdekében.

A Biztosító köteles törölni minden olyan Ügyfeleivel, volt Ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett Ügyfél hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.



A BIZTOSÍTÓ ÉS A VISZONTBIZTOSÍTÓ ÜZLETI TITKA

A Biztosító, a viszontbiztosító, valamint ezek tulajdonosa, a Biztosítóban, a viszontbiztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a Biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja köteles a Biztosító és a viszontbiztosító működésével kapcsolatban tudomására jutott üzleti titkot – időbeli korlátozás nélkül – megőrizni.

A Bit. 144. §-ban előírt titoktartási kötelezettség nem áll fenn a feladatkörében eljáró

- a) Felügyelettel;
- b) nemzetbiztonsági szolgálattal;
- c) Állami Számvevőszékkel;
- d) Gazdasági Versenyhivatallal;
- e) a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel;
- f) vagyonellenőrrel;
- g) Információs Központtal;
- h) a mezőgazdasági Biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő Biztosítottak esetében – az agrárkár-megállapító szervvel, agrárkár-enyhítési szervvel, mezőgazdasági igazgatási szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel szemben.

Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

(3) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatóinyugdíj-hatóság (a továbbiakban: EBFH) felé történő adatszolgáltatás, az európai felügyeleti hatóság (az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatóinyugdíj-hatóság) létrehozásáról, valamint a 716/2009/EK határozat módosításáról és a 2009/79/EK bizottsági határozat hatályon kívül helyezéséről szóló 2010. november 24-i 1094/2010/EU európai parlamenti és tanácsi rendeletnek (a továbbiakban: 1094/2010/EU rendelet) megfelelően.

A Bit. 144. §-ban előírt titoktartási kötelezettség nem áll fenn

- a) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel;
- b) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, valamint az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében a bírósággal szemben.

(5) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által a biztosítókról és a viszontbiztosítókról egyedi azonosításra alkalmas adatok szolgáltatása a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a pénz-, tőke- és biztosítási piac szabályozásáért felelős miniszter részére.

(6) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a feladatkörében eljáró Információs Központ által végzett adattovábbítás.

Aki üzleti titok birtokába jut, köteles azt időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

A titoktartási kötelezettség alapján az üzleti titok körébe tartozó tény, tájékoztatás vagy adat az e törvényben meghatározott körön kívül a Biztosító és a viszontbiztosító, továbbá az ügyfél felhatalmazása nélkül nem adható ki harmadik személynek, és feladatkörön kívül nem használható fel.

Aki üzleti titok birtokába jut, nem használhatja fel arra, hogy annak révén saját maga vagy más személy részére közvetlen vagy közvetett módon előnyt szerezzen, továbbá, hogy a Biztosítónak, a viszontbiztosítónak vagy ügyfeleinek hátrányt okozzon.

A Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a Biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Infotv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.



BIZTOSÍTOTTI VESZÉLYKÖZÖSSÉG VÉDELME CÉLJÁBÓL TÖRTÉNŐ ADATÁTADÁS

A biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében a Biztosító – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a Biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – 2015. év január hó 1. napjától kezdődően jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az e Biztosító által a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezelt – a Bit. 149 § (3)–(5) bekezdésben meghatározott – adatok vonatkozásában. A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, Terrorista cselekmény vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

A Biztosító ennek keretében,

- (I) a Bit. 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó Biztosítási szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 149 § (3) bek. a–e) pontjaiban felsorolt adatokat;
- (II) a Bit. 1. számú melléklet A) rész 5., 6., 7., 8., 9., 16., 17. és 18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a Bit. 149. § (4) bek. a–e) pontjaiban felsorolt adatokat; továbbá
- (III) a Bit. 1. számú melléklet A) rész 11., 12. és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a Bit. 149 § (5) bek. a–c) pontjaiban felsorolt adatokat kérheti más biztosítótól.

A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 (tizenöt) napon belül köteles átadni a biztosítónak.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 (kilencven) napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat a biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat a biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő 1 (egy) évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő 1 (egy) évig kezelhető. A megkereső biztosító az e célból végzett megkeresésről, és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a Biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

Ha az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben meghatározott módon az adatairól tájékoztatást kér, és a megkereső biztosító – a Bit. 149. § (8)–(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a Biztosított érdekére nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fenti céltól eltérő célból nem kapcsolja össze. A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

A személyes adatok kezelésére a fentebb ismertetett jogszabályi rendelkezések mellett a biztosító Adatvédelmi Szabályzatában írtak is irányadóak. A Biztosító Adatvédelmi Szabályzata a következő címen érhető el: <https://www.colonnade.hu>.



9.1. ELTÉRÉS A JOGSZABÁLYOKTÓL ÉS A SZOKÁSOS SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL

Az Egyéni Baleset- és Betegségbiztosítás biztosítási feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a polgári törvénykönyv (Ptk.) vonatkozó rendelkezéseitől:

- » **Jelen Biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el, amellyel a Biztosító eltér a Ptk. 6:22. § (1)-től.**
- » **A Ptk. 6:63. §-ban foglaltaktól eltérően nem válik a Biztosítási szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses/üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.**
- » **A Biztosító kockázatviselése a Szerződő által tett biztosítási ajánlat napján év, hónap, nap szerint meghatározott időpontban megkezdődik – a Biztosítási kötvény keltétől és kiállításának dátumától függetlenül –, feltéve, hogy a Szerződő által a Biztosítási szerződés első gyakoriság szerinti díja megfizetésre kerül. A kockázatviselés kezdetének időpontját a Biztosítási kötvény tartalmazza.**
- » **Telefonon keresztül kötött Biztosítási szerződés esetén a távértékesítésre tekintettel a Biztosító kockázatviselése csak abban az esetben kezdődik meg a Biztosítási szerződés 3.1.1.1. pontjában rögzített időpontban, ha a Szerződő ehhez az Ügyfélszolgálaton vagy a biztosításközvetítést végző Call centeren keresztül tett ajánlattétele során, illetve az Ajánlati adatlapon kifejezetten hozzájárul. A Biztosító kockázatviselése hozzájárulás hiányában csak a felmondásra nyitva álló 14. nap lejártát követő napon veszi kezdetét. Ezzel a Biztosító eltér a Ptk. 6:445. § (1) bekezdésétől.**
- » **Ha a Biztosított folyamatosan, egy éven belül több mint 180 napon keresztül Magyarország határain kívül él, a 181. naptól a biztosítás megszűnik. Ezzel a Biztosító eltér a Ptk. 6:445. § (1) bekezdésétől.**
- » **A Ptk. 6:466. § (1) bekezdéstől eltérően a Szerződő bármelyik nap felmondhatja a szerződést, 30 napos felmondási határidővel.**
- » **A Ptk. 6:470. § (3) bekezdésétől eltérően a Biztosító a Biztosítási összeg keretein belül téríti meg a kamatokat és az eljárási költségeket.**
- » **A Ptk. 6:470 § (1), illetve (3) bekezdésében foglaltak ellenére a Biztosítási fedezet nem terjed ki a sérelemdíjra.**

9.2. ELÉVÜLÉS

A jelen feltételek alapján létrejött Biztosítási szerződésből eredő igények 2 (két) év elteltével elévülnek. Az elévülési idő a jelen Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztató alapján előterjeszhető igény keletkezésének időpontjában veszi kezdetét.

Biztosítási szolgáltatás iránti igény esetén az elévülési idő a Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában, egyéb előterjeszhető igények esetén pedig azok keletkezésének időpontjában veszi kezdetét. A jelen feltételekre utalással megkötött, módosított Biztosítási szerződések esetén, a fedezetet igazoló dokumentumban (kötvényben), a Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztatóban nem szabályozott kérdésekben a magyar jog, különösen a polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései az irányadók.

9.3. EGYEBEK

A szerződéses jogviszony során a Biztosító díjmentesen, magyar nyelven tartja a kapcsolatot az ügyféllel. A Biztosító a biztosítási termékkel kapcsolatosan nem nyújt tanácsadást.

Amennyiben a terméket függő biztosításközvetítő értékesíti, a közvetítő nem jogosult az ügyféltől biztosítási díjat átvenni, továbbá nem jogosult a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni, továbbá nem jogosult a Biztosító nevében a Biztosítási szerződést megkötni. A biztosítási terméket értékesítő közvetítők a Biztosítótól részesülnek jutalék jellegű javadalmazásban.

Jelen Biztosítási feltételek alkalmazásában a következő fogalmak az alábbi jelentéssel bírnak:

Baleset

A Biztosított akaratán kívüli, hirtelen, váratlan külső erőbehatás, amely a Biztosítási szerződés hatálya alatt következik be, és a Biztosított Testi sérülését eredményezi. A Biztosítási esemény időpontja a Baleset bekövetkezésének a napja.

Baleseti égési vagy fagyási sérülés

Hőforrásnak, maró kémiai anyagnak, magas vagy alacsony hőmérsékletnek való kitettség okozta bőrkárosodás.

Betegség

A Biztosított fizikai vagy mentális egészségének rendellenessége, amennyiben az szerepel az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által létrehozott Betegségek és kapcsolódó egészségügyi problémák nemzetközi statisztikai osztályozásában. A Biztosítási esemény időpontja a Betegség diagnosztizálásának a napja.

Betöréses Lopás

Az elkövető a lezárt helyiségbe, gépjárműbe erőszakkal, vagy valamilyen ál- vagy hamis kulccsal hatol be, és a Biztosított Vagyontárgyát eltulajdonítja.

Biztosítási esemény

A Biztosítónak a Biztosított felé fennálló fizetési kötelezettségét kiváltó, a Biztosítási feltételekben meghatározott esemény.

Biztosítási időszak

A kötvényben megjelölt időszak, amelyre a Biztosítási fedezet vonatkozik. A Biztosítási időszak egy év.

Biztosítási kötvény

A Biztosító a Biztosítási szerződés létrejöttéről fedezetet igazoló dokumentumot (Biztosítási kötvényt) állít ki. A Biztosítási kötvény tartalmazza a Szerződő által választott fedezeteket és a fedezetre vonatkozó Biztosítási összegeket.

Biztosítási összeg

A Biztosítási szerződésben meghatározott összeg, amelyet a Biztosító a Biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítottnak, a Károsultnak vagy Kedvezményezettnek maximálisan megfizet.

Biztosítási szerződés

A Szerződő és a Biztosító által megkötött szerződés, amely a Terméktájékoztatóból, a Biztosítási feltételek és Ügyfél-tájékoztatóból, valamint a Biztosítási kötvényből áll.

Csonttörés

A csontszövet folytonosságának megszakadása.

Csont nem teljes keresztmetszetű törése, repedése

Amikor a csont megreped, de nem törik el teljes keresztmetszetében.

Élettárs

Az a személy, aki a 18. életévét már betöltötte, de a 81. életévét még nem töltötte be, és a Biztosítottal a házassági kötelékhez hasonló kapcsolatban él, azonban vele rokoni kapcsolatban nem áll, és a Biztosítási kötvény őt Biztosítottként nevesíti.

Értéktárgy

Fényképezési, audio- és elektronikai berendezések, beleértve a mobiltelefonokat, laptopokat, táblagépeket, e-olvasókat, CD-, DVD- és hanghordozókat, távcsöveket, régiségeket, ékszereket, órákat, szőrméket, selymet, drágaköveket, aranyból, ezüstből vagy platinából készült tárgyakat; minden egyéb, a szakma gyakorlására szolgáló eszközt; dioptriás és napszemüvegeket; és más hasonló tárgyakat és fegyvereket.



Fekvőbeteg

A Kórházban Fekvőbetegként kezelt személy, aki legalább egy éjszakát a Kórházban tartózkodik.

Gyermek

Azok az eltartott személyek, akik betöltötték a 6 hónapos kort, de még nem töltötték be a 19. életévüket, és a kötvényben Biztosítottként vannak megnevezve.

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság

Magyar Nemzeti Bank

Házastárs

A Szerződő törvényes Házastársa, aki a 18. életévét már betöltötte, de a 81. életévét még nem, és a Biztosítási kötvény őt Biztosítottként nevesíti.

Hozzá tartozó

A Biztosított törvényes Házastársa, szülője, nevelőszülője, törvényes képviselő, a Biztosított Házastársának/Élettársának szülője, a Biztosított nagyszülője, Gyermek, unokája, testvére, a Biztosított Házastársának/Élettársának testvére, Gyermekének Házastársa, szülőjének testvére és annak gyermeke, valamint elsőfokú unokatestvére.

Ízületi ficam (luxation) – ízületi felületek elmozdulásával

Olyan ízületi sérülés, amelyben az ízületi felületek elmozdultak normál helyzetükből, és a sérülés során nem érnek össze.

Kedvezményezett

Az a személy, aki a Biztosított Baleseti halála után a Biztosítási összeg kifizetését megkapja, vagy az a személy, aki a Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően követelésre jogosult, vagy a Kedvezményezettet a Biztosított jelölheti ki.

A Szerződő a Biztosított egyidejű hozzájárulásával az eredetileg kijelölt Kedvezményezett helyett a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor más Kedvezményezettet nevezhet meg. A Kedvezményezett megváltoztatására tett nyilatkozat a Biztosítóval szemben akkortól hatályos, és a Kedvezményezett megváltoztatása akkortól érvényes, amikor a nyilatkozat a Biztosító tudomására jut.

Kórház

Az adott ország tisztiorvosi és szakmai felügyelete által elismert, engedélyezett Fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely Kórházként került bejegyzésre vagy engedélyezésre abban az országban, ahol található, és ahol a Biztosított folyamatos szakorvosi felügyelet alatt áll.

Kórházi kezelés

Fekvőbetegként történő Kórházi felvétel legalább egy éjszakára.

Lábadozás

Az egészség és az erő fokozatos helyreállítása Baleset vagy Betegség után, amely lábadozási időszakot az Orvos írt elő.

Lopás

Az elkövető a Biztosított Vagyontárgyait jogtalanul eltulajdonítja.

Munkaképtelenség

Az Orvos által megállapított teljes képtelenség arra, hogy Baleset vagy Betegség következtében olyan foglalkozást folytasson, amely a Biztosított számára bért vagy fizetést biztosít.

Nukleáris anyagok

Ionizáción, maghasadáson, magfúzió, anyagok lebomlásán vagy stabilizációján keresztül végbemenő radioaktívanyag-sugárzás.



Orvos

Az adott gyógykezelés jellegéhez szükséges szaktudást igazoló humán orvosi diplomával rendelkező személy, aki az adott típusú egészségügyi ellátás végzéséhez a szükséges – az ellátás helyén illetékes hatóság és/vagy szakmai felügyelet által kiállított – hatósági engedélyekkel rendelkezik.

A Szerződő, illetve a Biztosított és azon személy, akinek az egészségi állapotával összefüggésben következik be a Biztosítási esemény, illetve ezek munkavállalója, Hozzátartozója, vagy vele vagy Hozzátartozójával közös háztartásban élő személy a Biztosítási feltételek szempontjából nem minősül Orvosnak, abban az esetben sem, ha az előbbi feltételeknek megfelel.

Profi és félprofi sportoló

Olyan sportolót jelent, aki sporteseményeken vesz részt, és a részvételért pénzbeli díjazásban részesül.

Rablás

A rabló a Biztosított Vagyontárgyainak eltulajdonítása érdekében erőszakot, vagy a Biztosított testi épsége elleni közvetlen fenyegetést alkalmaz, vagy védekezésre képtelen állapotba helyezte a Biztosítottat.

Szakorvos

Szakrendelőben vagy Kórházban dolgozó Orvos, aki különleges képesítéssel rendelkezik a gyógyászat egy bizonyos területén.

Személyes dokumentumok

Az illetékes hatóság által kiállított személyazonosító okmányok.

Személygépkocsi

Személyszállítás céljára készült olyan gépkocsi, amelyben – a vezető ülését is beleértve – legfeljebb 9 állandó ülőhely van, és össztömege nem haladja meg a 3500 kilogrammot, a forgalmi engedélyben M1 járműkategóriába tartozik.

Szolgáltatási táblázat

Jelen Biztosítási feltételek melléklete, amely tartalmazza a Biztosító szolgáltatásait és ezek Biztosítási összegeit.

Tartózkodási hely

Az állandó vagy bejelentett ideiglenes lakcím.

Természeti katasztrófa

Viharos szél (legalább 15 m/s), füst, robbanás, összeomlás, jégeső, lezuhanó tárgyak, árvíz, tűz, közvetlen villámcsapás, hó- és jégnyomás, vihar, vulkánkitörés, a víz megfagyása a csövekben és a mérőórákban, árvíz, földrengés, földcsuszamlás, lavina által okozott kár.

Testi sérülés

A Biztosítási időszak alatt bekövetkezett Baleset által közvetlenül okozott sérülés a testen, ide nem értve a fokozatosan kialakuló sérüléseket.

Nem minősül Testi sérülésnek:

- » a Betegség, kivéve a Testi sérülés következtében fellépő Betegség;
- » fokozatosan kialakuló degeneratív folyamat következménye
- » a poszttraumás stressz-zavar (PTSD);
- » a pszichológiai vagy pszichiátriai Betegség vagy állapot, kivéve a gyógyíthatatlan agykárosodást, amennyiben az Baleset közvetlen következménye.

Terrorista cselekmény

Olyan cselekedet, ideértve a tényleges erőszakot vagy támadást, illetve azzal történő fenyegetést, amelyet bármely személy, illetve személyek egy csoportja akár egyedül, akár valamilyen szervezet vagy kormány nevében, illetve azzal összefüggésben politikai, vallási, ideológiai vagy etnikai elkötelezettségből, illetve ilyen okból követ el, ideértve valamely kormány befolyásolására, illetve a lakosság vagy annak bármely részének a megfélemlítésére irányuló szándékot, továbbá bármely, a magyar büntető törvénykönyv alapján terrorcselekménynek minősülő magatartás.

A Biztosító nem vállal szolgáltatást, ha a Biztosított a hatóságok által közzétett tiltás ellenére tartózkodott azon a területen, ahol a terrorcselekmény történt.



Vagyontárgy

Minden olyan személyes használatú eszköz, amelyet a Biztosított otthonában használ, vagy otthonát elhagyva azt női vagy férfi kézitáskában magával visz.

Várakozási idő(szak)

A Várakozási idő azt az időszakot jelenti, amíg a Biztosító szolgáltatást nem nyújt az ezen időszak alatt bekövetkezett Biztosítási eseményekre.

A Várakozási idő pontos hosszát az egyes kockázatokra vonatkozóan mindig a Biztosítási kötvény tartalmazza.

Vízszivárgás

A megfelelően csatlakoztatott vízvezetékéből, szerelvényekből, vízvezeték-, vízmelegítő- és beltéri vízvezeték-szerelvényekből, akváriumokból, mosógépekből, mosogatógépekből, szárítógépekből és hasonló berendezésekből a táp- vagy szennyvízvezetékek vagy tömlők, gőz-, fűtő-, légkondicionáló-, napenergia-, szennyvíz- vagy tűzoltó berendezések hibája miatt az épületben szivárgó víz/folyadék.



BALESETI EREDETŰ, MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS SZOLGÁLTATÁSI TÁBLÁZAT

Egészségkárosodás megnevezése	A teljes Biztosítási összeg százalékában kifejezett szolgáltatás		
Fej, állkapocs			
Koponyacsont teljes vastagságban való elvesztése			
» legalább 6 cm ² -es felület		40%	
» 3 és 6 cm ² közötti felület		20%	
» 3 cm ² -nél kisebb felület		10%	
Az állkapocs eltávolítása		100%	
Az állkapocs, a felemelkedő rész egészének vagy az arccsont felének eltávolítása		40%	
Szem			
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése		100%	
Egy szem teljes elvesztése		40%	
Agy, beszédképesség			
Teljes és gyógyíthatatlan agykárosodás		100%	
A beszédképesség teljes elvesztése		100%	
Fül, hallás			
Mindkét fül hallóképességének traumatikus eredetű elvesztése		100%	
Egy fül hallóképességének teljes elvesztése		30%	
Felső végtagok, kéz			
	jobb		bal
A kar csontos anyaga jelentős részének elvesztése (végleges és gyógyíthatatlan eltávolítás)	50%		40%
A felső végtag teljes megbénulása (az idegek gyógyíthatatlan károsodása)	65%		55%
A nervus circumflexus teljes megbénulása	20%		15%
A váll megmerevedése	40%		30%
A könyök megmerevedése kedvező pozícióban (a megfelelő szögtől 15 fokos eltéréssel)	25%		20%
A könyök megmerevedése kedvezőtlen pozícióban	40%		35%
Az alkar két csontja anyagának jelentős vesztesége (végleges és gyógyíthatatlan veszteség)	40%		30%
A nervus medianus teljes megbénulása	45%		35%



A nervus radialis teljes megbénulása az ízületnél	40%		35%
Az alkar nervus radialisának teljes bénulása	30%		25%
A kézfej nervus radialisának teljes bénulása	20%		15%
A könyökhajlati ideg teljes bénulása	30%		25%
A csukló megmerevedése kedvező pozícióban (egyenesen és lefelé fordítva)	20%		15%
A csukló megmerevedése kedvezőtlen pozícióban (megcsavarodva vagy felfelé tartva)	30%		25%
A hüvelykujj teljes megmerevedése	20%		15%

Alsó végtagok

Az alsó lábszár teljes megbénulása (gyógyíthatatlan idegkárosodás)		60%	
A külső popliteal isciaticus ideg teljes lebénulása		30%	
A belső popliteal isciaticus ideg teljes lebénulása		20%	
A külső és belső popliteal isciaticus ideg teljes megbénulása		40%	
A térd megmerevedése		20%	
A comb, illetve az alsó lábszár mindkét csontja csontos anyagának elvesztése (gyógyíthatatlan állapot)		60%	
A térdkalács csontos anyagának elvesztése a láb jelentős törött része eltávolításával és jelentős mozgatási, nyújtási problémával		40%	
A térdkalács csontos anyagának elvesztése a mozgási képesség megőrzésével		20%	
Az alsó lábszár megrövidülése legalább 5 cm-rel		30%	
Az alsó lábszár megrövidülése 3-5 cm-rel		20%	
Az alsó lábszár megrövidülése 1-3 cm-rel		10%	

Csípő

A csípő megmerevedése		40%	
-----------------------	--	-----	--

Amputáció – kézujjak, alsó- és felső végtagok, kar, láb

	jobb	bal
A hüvelykujj teljes elvesztése	20%	15%
A hüvelykujj részleges elvesztése (körmös ízület)	10%	5%
A mutatóujj teljes amputációja	15%	10%
A mutatóujj két percének teljes elvesztése	10%	8%
A mutatóujj körmös percének teljes elvesztése	5%	3%
A hüvelykujj és a mutatóujj egyidejű amputálása	35%	25%



A hüvelykujj és valamelyik – nem a mutatóujj – teljes elvesztése	25%		20%
Két ujj – de nem a hüvelyk- vagy a mutatóujj – elvesztése	12%		8%
Három ujj – de nem a hüvelyk- vagy a mutatóujj – teljes elvesztése	20%		15%
Négy ujj teljes elvesztése, beleértve a hüvelykujjat	45%		40%
Négy ujj elvesztése, kivéve a hüvelykujjat	40%		35%
A középső ujj teljes elvesztése	10%		8%
Egy ujj elvesztése, de nem a hüvelyk-, a mutató- vagy a középső ujj	7%		3%

Amputáció – lábujjak

Az összes lábujj amputálása		25%	
Négy lábujj amputálása, beleértve a nagylábujjat		20%	
Négy lábujj teljes elvesztése		10%	
A nagylábujj teljes elvesztése		10%	
Két lábujj elvesztése		5%	
Egy lábujj amputálása, amely nem a nagylábujj		3%	

Amputáció – alsó- és felső végtagok, kar, láb**jobb****bal**

Mindkét kar vagy mindkét kézfej elvesztése		100%	
Egy kar és egy láb teljes elvesztése		100%	
Egy kar és egy lábfej teljes elvesztése		100%	
Egy kézfej és egy lábfej teljes elvesztése		100%	
Egy kézfej és egy láb teljes elvesztése		100%	
Mindkét láb teljes elvesztése		100%	
Mindkét lábfej teljes elvesztése		100%	
A comb teljes elvesztése (felső fél)		60%	
A comb (alsó fél) és a lábszár teljes elvesztése		50%	
A lábfej teljes elvesztése (sípconttövi ficam)		45%	
A lábfej részleges elvesztése (bokacsont alatti ficam)		40%	
A lábfej részleges elvesztése (lábközepficam)		35%	
A lábfej részleges elvesztése (lábtő-, lábközepficam)		30%	
Egy kar vagy egy kézfej elvesztése	60%		50%

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY

