



Colonnade Baleset- és betegségbiztosítás

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ
HU-LAK-CBB-GTC-250312

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY



1.	Útmutató a Biztosítási feltételek és Ügyfélértékoztatóhoz.....	5
1.1.	HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓT?	5
1.2.	HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNYT?	5
1.3.	FOGALMAK	5
2.	Hasznos információk	6
2.1.	MI A COLONNADE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS?	6
2.2.	A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI	6
3.	Egyéni Baleset- és Betegségbiztosítás főbb jellemzői	8
3.1.	A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, KOCKÁZATVISELÉS TARTALMA.....	8
3.1.1.	A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE.....	8
3.1.2.	KOCKÁZATVISELÉS TARTALMA	8
3.2.	VÁRAKOZÁSI IDŐ	9
3.3.	A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉVFORDULÓJA ÉS A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK	9
3.4.	BIZTOSÍTÁS TERÜLETI HATÁLYA	9
3.5.	A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, DÍJFIZETÉS SZABÁLYAI	9
3.6.	BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA.....	10
3.7.	KÁRRENDEZÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOKRÓL ÉS EGYÉB BIZONYÍTÁSI ESZKÖZÖKRŐL	11
3.7.1.	A KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK.....	11
3.8.	A SZERZŐDŐ FELEK SPECIÁLIS KÖTELEZETTSÉGEI	18
3.8.1.	SZERZŐDŐ, BIZTOSÍTOTT KÖTELEZETTSÉGEI	18
3.8.2.	BIZTOSÍTÓ KÖTELEZETTSÉGEI	22
3.9.	BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS (BIZTOSÍTÁSI FEDEZET) MEGSZŪNÉSÉNEK ÉS MEGSZÜNTETÉSÉNEK ESETEI ...	22
3.9.1.	ÉRDEKMŪLÁS, LEHETETLENÜLÉS.....	22
3.9.2.	RENDES FELMONDÁS	22
3.9.3.	DÍJFIZETÉSI KÖTELEZETTSÉG ELMULASZTÁSA, RÉSZLEGES DÍJFIZETÉS.....	23
3.9.4.	KÖZÖS MEGEGYEZÉS	23
3.9.5.	EGYÉB.....	23
3.9.6.	BIZTOSÍTOTTAL KAPCSOLATOS MEGSZŪNÉSI OKOK.....	24
3.9.7.	VÁRAKOZÁSI IDŐSZAK ALATT BEKÖVETKEZŐ BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY	24





4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?	25
4.1. Baleseti halál.....	25
4.2. Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti halál	25
4.3. Temetési költségek - bármilyen okból bekövetkezett halál esetén	26
4.4. Baleseti maradandó egészségkárosodás - extra szolgáltatások	26
4.5. Kórházi napidíj – Baleset esetén	28
4.6. Kórházi napidíj – Betegség esetén	29
4.7. Lábadozási napidíj – Baleset esetén – Kórházi fekvőbeteg-ellátást követően	29
4.8. Balesetet követő otthoni Lábadozás - Szakorvosi ellátást követően.....	30
4.9. Lábadozási napidíj – Betegség esetén – Kórházi fekvőbeteg-ellátást követően	30
4.10. Műtéti térítés - Baleset esetén (1-100%).....	31
4.11. Műtéti térítés - Betegség esetén (1-100%).....	32
4.12. Orvosi kezelés - Baleset esetén	33
4.13. Baleseti csonttörés és Ízületi ficam	34
4.14. Baleseti égési- vagy fagyási sérülés.....	35
4.15. Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás (maradandó teljes munkaképtelenség).....	37
4.16. Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodás	38
4.17. Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodás	39
4.18. Munkaképtelenség – Baleset esetén.....	40
4.19. Munkaképtelenség – Betegség esetén	41
4.20. Munkanélküliségi biztosítás a munkahely nem önkéntes elvesztése esetén	43
4.21. Kiegészítő fedezet Gyermek részére.....	44
4.22. Általános felelősségbiztosítás	46
4.23. Kulcsvédelem.....	49
4.24. Táská-, pénztárca- és személyes Vagyontárgyak védelme.....	50
4.25. Személyazonosságot igazoló okmányok védelme	51
4.26. Autókulcs-védelem	52
4.27. Otthonvédelem	53



Tartalomjegyzék

4.28. Kisállatok gondozása.....	54
4.29. Sportfelszerelések védelme	55
4.30. Daganatos megbetegedés diagnosztizálása	56
4.31. Kritikus betegség diagnosztizálása.....	59
4.32. Assistance szolgáltatások	68
TELEMEDICINA – ORVOSI TÁVKONZULTÁCIÓ	69
MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY.....	70
PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS - KÖLTSÉGTÉRÍTÉS – BALESET ÉS BETEGSÉG ESETÉN	72
CYBER – ONLINE TEVÉKENYSÉGGEL KAPCSOLATOS BIZTOSÍTÁSI FEDEZET	73
5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók.....	87
5.1. KIZÁRÁSOK	87
5.2. MENTESÜLÉSEK	88
5.3. A SZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG KORLÁTOZÁSA	89
5.4. GAZDASÁGI SZANKCIÓK.....	89
6. Panaszkezelés és jogviták rendezése	90
7. Személyes adatok kezelésével kapcsolatos tájékoztatás.....	91
8. Tájékoztatás a biztosítási titok kezeléséről.....	95
9. Egyéb rendelkezések.....	97
9.1. ELTÉRÉS A JOGSZABÁLYOKTÓL ÉS A SZOKÁSOS SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL	97
9.2. ELÉVÜLÉS.....	97
9.3. EGYEBEK	97
10. Fogalmak	99
1. számú melléklet.....	108
2. számú melléklet.....	114
3. számú melléklet.....	117

HU-LAK-CBB-GTC-250312

Érvényes: 2025.03.12-től visszavonásig





1.1. HOGYAN HASZNÁLJA A BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓT?

Az Ön által kézhez kapott Biztosítási feltételek és Ügyfélértéjékoztatót képernyőn történő olvasásra terveztük.

A „Tartalomjegyzék”-ben az aláhúzott szavakra kattintva közvetlenül a kívánt tartalmat érheti el.

A Biztosítási feltételek és Ügyfélértéjékoztató elejéhez való visszatéréshez kattintson az oldal alján található „Ugrás a Tartalomjegyzékre” felírra.

A Biztosítási feltételek és Ügyfélértéjékoztató, 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 Ügyfélértéjékoztató 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 Ügyfélértéjékoztatóval együtt alkalmazandó.

1.3. FOGALMAK

A Biztosítási feltételek és Ügyfélértéjékoztató 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 A COLONNADE EGYÉNI BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS?

Jelen feltételek – eltérő szerződési kikötések hiányában – a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (továbbiakban: Biztosító) Colonnade egyéni Baleset-, Betegség-, vagyonbiztosítás és Assistance szolgáltatás elnevezésű termékére érvényesek.

A Biztosító a Biztosítási feltételek és Ügyfélértékelő 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) 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 Ügyfélértékelő (a továbbiakban: Biztosítási feltételek) a Bit. 4. sz. melléklete szerinti Ügyfélértékelőnek is minősül.

2.2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

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-Duché 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 szerezhet jogokat, és a Colonnade Insurance S.A. terhére vállalhat kötelezettséget.

Assistance szolgáltató

A Biztosító által kiszervezett tevékenység keretében megbízott szervezet, amely a 4.32. pontban ismertetésre kerülő Assistance szolgáltatások kapcsán a Biztosító nevében eljár: AWP Austria GmbH., (1140 Wien, Linzer Straße 225., adószám: ATU42111200).

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 rendelkezik.

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, vagy külön biztosítási szerződést köthet csak a gyermekek számára, amennyiben Gyermeke már betöltötte a 6. hónapját, de nem töltötte be 18. életévét.

Csak a Gyermekek törvényes képviselője köthet külön biztosítási szerződést a Gyermekek számára.

Ezt a státuszt a Szerződő írásbeli hozzájárulása/nyilatkozata igazolja. A kártérítési összegek annak a személynek kerülnek kifizetésre, aki a biztosítási szerződést Szerződőként kötötte.

Amennyiben a Gyermekek 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.





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 megtétele 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. A Biztosítási szerződés létrejöttének időpontja, az az időpont, amikor a Biztosítási kötvény a Szerződő által megadott e-mailfiókjába megérkezik, vagy postai kapcsolattartás esetén amikor a Szerződő kézhez veszi a Biztosító által kibocsátott és megküldött Biztosítási kötvényt.

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.

3.1.1.4. BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ ÚTJÁN KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ESETÉN:

Biztosításközvetítő útján kötött Biztosítási szerződéskötés esetén – a Biztosító- vagy a Biztosításközvetítő honlapján keresztül rögzített ajánlat megtétele 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. A Biztosítási szerződés létrejöttének időpontja, az az időpont, amikor a Biztosítási kötvény a Szerződő által megadott e-mailfiókjába megérkezik, vagy postai kapcsolattartás esetén amikor a Szerződő kézhez veszi a Biztosító által kibocsátott és megküldött Biztosítási kötvényt.

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 ajánlaton meghatározott időpontban megkezdődik, feltéve, hogy a Szerződő által a Biztosítási szerződés első gyakoriság szerinti díja megfizetésre kerül. Ingyenes biztosítási szerződés esetén, a Biztosító kockázatviselése, a Szerződő által tett biztosítási ajánlaton meghatározott időpontban megkezdődik. 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. Ingyenes biztosítási szerződés esetén a Biztosító kockázatviselése hozzájárulás hiányában csak a felmondásra nyitva álló 14. nap lejártát követő napon veszi kezdetét.





Jelen Biztosítási szerződés 3.1.1.2- és 3.1.1.4. pontjaiban meghatározott esetekben 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. Ingyenes biztosítási szerződés esetén, a Biztosító kockázatviselése, a Szerződő által tett biztosítási ajánlaton meghatározott időpontban megkezdődik. A kockázatviselés kezdetének időpontját a Biztosítási kötvény tartalmazza.

Határozott tartamú Biztosítási szerződés esetén, a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által tett biztosítási ajánlaton meghatározott időpontban befejeződik. A kockázatviselés végének 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 hosszát az egyes kockázatokra vonatkozóan a Biztosítási kötvény tartalmazza. Várakozási idő alkalmazása a szerződés módosítása esetén is lehetséges.

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 díjfizetés módját a Biztosítási kötvény tartalmazza. Az éves biztosítási díj fizethető éves és havi részletekben.

A Biztosító a Biztosítási szerződés díját a Biztosítási kötvényben meghatározott Biztosítási időszakra (1 évre) állapítja meg.

Jelen Biztosítási szerződés 3.1.1.2. pontjában meghatározott esetben a biztosítás első díjrészlete a Biztosítási szerződés létrejöttékor, 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 Szerződő a biztosítási díjat a Biztosítási kötvényen feltüntetett módon fizetheti meg.





Amennyiben a Várakozási időszak alatt térítésköteles Biztosítási esemény következik be, a Biztosító az alábbiak alapján számol el a Várakozási időszakra esedékes biztosítási díjjal:

- amennyiben a biztosítási fedezet első kockázatra szól – azaz a Biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott biztosítási fedezet megszűnik, pl. „Daganatos megbetegedés diagnosztizálása” biztosítási fedezet esetén -, akkor a biztosítási esemény bekövetkezéséig befizetett díj a Szerződő részére visszajár, és a biztosítási fedezet a kockázatviselés kezdetére visszamenőlegesen megszűnik;
- amennyiben a biztosítási fedezet nem első kockázatra szól - azaz a Biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott biztosítási fedezet nem megszűnik, pl. „Baleseti Csonttörés és Ízületi ficam” biztosítási fedezet esetén -, akkor a biztosítási esemény bekövetkezéséig befizetett díj a Biztosítót megilleti, de a kárigény elutasításra kerül, a biztosítási fedezet a kockázatviselés végéig fennáll.

A folyótólagos díj a kockázatviselés kezdőnapjával megegyező napon esedékes. A folyótólagos 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, nem biztosítási esemény miatti 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.

Ingyenes Biztosítási szerződés esetén, a biztosítás díját a Biztosító, a biztosítás teljes időtartamára elengedi az SZJA 1995. évi CXVII. törvény 1. sz. melléklete 8.14. a) pontjának megfelelően.

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



A biztosítási díjat érintő módosítások (pl. biztosítási összeg módosítása) a következő hónapfordulótól (minden hónapban a kockázatviselés kezdőnapjának megfelelő napon) hatályosak, függetlenül a fizetési módtól- és ütemtől. Amennyiben a szerződést olyan napon kötötték, mely nem minden hónapban van, akkor a módosítás, a módosítást követő hónap utolsó napjától hatályos.

Szerződéskötést követően, amennyiben a Biztosítási összeg emelése olyan fedezetet érint, amely várakozási időszakot tartalmaz, a Biztosítási összeg különbözetére vonatkozóan, várakozási időszak kerül alkalmazásra. A Biztosítási kötvényen rögzített, korábbi biztosítási összeget az új várakozási időszak nem érinti.

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.

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, így szolgáltatási kötelezettsége nem-, vagy csak részben áll be.

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. (A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítését a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető-, vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.)

FEDEZETHEZ KAPCSOLÓDÓ DOKUMENTUMOK

Baleseti halál;

Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett Baleseti halál:

- boncolási jegyzőkönyv, vagy - amennyiben nem készült boncolási jegyzőkönyv - halottvizsgálati bizonyítvány.
- öröklési bizonyítvány vagy hagyatékátadó végzés – amennyiben a szerződéshez kapcsolódik Kedvezményezett nyilatkozat, a szolgáltatást a Kedvezményezett(ek) részére nyújtja a Biztosító.

Temetési költségek – bármilyen okból bekövetkezett halál esetén:

- boncolási jegyzőkönyv, vagy – amennyiben nem készült boncolási jegyzőkönyv - halottvizsgálati bizonyítvány
- számlák, melyek a Biztosított temetésével- hamvasztással kapcsolatban kerültek kiállításra.





Baleseti maradandó egészségkárosodás - extra szolgáltatások:

Kerekesszék költsége esetén:

- orvosi dokumentumok, amelyek igazolják, hogy az eszközt, a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a kerekesszék költségeit igazoló számlák.

Ortopédiai és segédeszközök bérlete vagy vásárlása esetén:

- orvosi dokumentumok, amelyek igazolják, hogy az eszközt, a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- az ortopédiai és segédeszközök bérleti vagy vásárlási költségét igazoló számlák.

Lakóingatlan és/vagy jármű átalakítása esetén:

- orvosi dokumentumok, amelyek igazolják, hogy az átalakítást, a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a lakóingatlan és/vagy a jármű átalakításának költségeit igazoló számlák.

Segítőkutya esetén:

- orvosi dokumentumok, amelyek igazolják, hogy a segítőkutya igénybevételét, a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a hivatalos szolgáltatótól származó, a segítőkutya iránti jóváhagyott kérelmet igazoló dokumentum;
- a segítőkutya költségeit igazoló számlák.

Új munkahelyi átképzés esetén:

- orvosi dokumentumok, amelyek igazolják, hogy a munkahelyi átképzést, a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a munkaügyi hivatal által kiállított, az új munkakörre történő átképzést igazoló dokumentumok vagy az átképzést igazoló egyéb dokumentum (bizonyítvány);
- az új munkahelyi átképzés költségeit igazoló számlák.

Pszichológiai terápia esetén:

- orvosi dokumentumok, amelyek igazolják, hogy a pszichológiai terápiát, a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a pszichológiai tanácsadás költségeit igazoló számlák.

A fentiekhez szükséges még a Biztosított nyilatkozata arról, hogy a költségeket más helyről nem térítették meg és a jövőben sem fogják.

Kórházi napidíj - Baleset esetén;

Kórházi napidíj - Betegség esetén:

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

Lábadozási napidíj - Baleset esetén – Kórházi fekvőbeteg-ellátást követően;

Lábadozási napidíj - Betegség esetén – Kórházi fekvőbeteg-ellátást követően:

Balesetet követő otthoni lábadozás - Szakorvosi ellátást követően;

Munkaképtelenség - Baleset esetén;

Munkaképtelenség - Betegség esetén:

- a keresőképtelenség tartamát igazoló dokumentumok, táppénz vagy betegszabadság igazolása.
- orvosi dokumentumok, amelyek igazolják, hogy a lábadozást a Szakorvos javasolta

Műteti térítés – Baleset esetén (1-100%);

Műteti térítés - Betegség esetén (1-100%):

- a Kórház által hitelesített, műtétet igazoló orvosi dokumentum (pl. kórházi zárójelentés részletes orvosi diagnózissal, az esetleges kórházi kezelés kezdetének és végének dátumával, vagy a Kórházból származó orvosi ambuláns lap, ha a műtét nem igényelt kórházi fekvőbeteg ellátást);
- orvosi dokumentum, amely tartalmazza a Betegség előzményeit és az első Diagnózis időpontját (ha a műtétet betegség miatt végezték);
- a Balesetet követő első Szakorvosi dokumentum (ha a műtét a Baleset miatt történt).





Orvosi kezelés – Baleset esetén:

- a kezelést igazoló orvosi dokumentumok;
- az orvosi kezelés költségeit igazoló számlák;
- az orvosi kezelés során felhasznált anyagok- szolgáltatások költségeit igazoló számlák.

Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás (maradandó teljes munkaképtelenség);

Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy 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 biztosítói- vagy igazságügyikárszakértői 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.

Kiegészítő fedezet Gyermek részére:

Szülő szállásköltsége esetén:

- a biztosított Gyermekek kórházi tartózkodását igazoló orvosi dokumentáció;
- számla, amely igazolja a szállás költségét és kifizetését.

Iskolai kirándulás és kiválasztott (korábban már kifizetett) tevékenység költségei esetén:

- orvosi dokumentáció, amely igazolja a balesettel vagy betegséggel kapcsolatos járóbeteg- vagy kórházi kezelés szükségességét az iskolai kirándulás vagy más, korábban megszervezett tevékenység időpontjában;
- számla vagy más dokumentum, amely igazolja az iskolai kirándulás vagy más, korábban megszervezett tevékenység költségeit és kifizetését;
- az utazás vagy a tanfolyam szervezőjének igazolása, számlája arról, hogy a költségek felmerültek, és hogy a biztosított Gyermekeknek teljes egészében vagy részben visszatérítették-e a költségeket.

Magántanár költsége esetén:

- a biztosított Gyermekek balesetét vagy betegségét igazoló orvosi dokumentáció;
- az oktatási intézmény igazolása arról, hogy a biztosított Gyermekek nem vettek részt az oktatási intézmény által tartott tanórákon.

Sérült vagyontárgyak, sportfelszerelés esetén:

- orvosi dokumentáció, amely bizonyítja a Biztosított balesetét és testi sérülését;
- fotódokumentáció a sérült vagy megsemmisült tárgyáról;
- javítási számla vagy új, hasonló termék vásárlásának költségét igazoló számla;
- a Biztosított nyilatkozata, hogy a Biztosított a tárgy, eszköz tulajdonosa;
- amennyiben a kár elbírálásához szükséges, a Biztosító bekérheti a sérült tárgyak vagy a sportfelszerelés vásárlási számláját.



Általános felelősségbiztosítás:

- teljeskörűen kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány;
- fénykép a károsodott vagyontárgyról;
- hatósági eljárással/rendőrségi feljelentéssel kapcsolatban készült jegyzőkönyv, végzés stb., amennyiben a káreseménnyel kapcsolatban volt hatósági intézkedés (A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítését a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető-, vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.);
- a kárért felelős személlyel szembeni igényérvényesítést tartalmazó felszólító levél és arra adott válasz(ok);
- peres eljárás esetén bírósági beadványok, jegyzőkönyvek, határozatok stb.;
- a káreseménnyel összefüggésben készített igazságügyi szakértői, műszaki szakértői dokumentumok;
- szakvélemény a javíthatóságra vonatkozóan;
- javíthatóság esetén árajánlat, majd jóváhagyás után, számla;
- beszerzési számlák;
- káridőponti jegyzőkönyv;
- károsodott vagyontárgy tulajdonjogát igazoló dokumentum, (gépjármű esetén törzskönyv, forgalmi engedély másolata);
- selejtezési jegyzőkönyv;
- megsemmisítési jegyzőkönyv, megsemmisítést igazoló dokumentumok;
- nyilatkozat banki adatokról, illetve, hogy a Károsult más biztosítás alapján nem vett fel kártérítési összeget;
- engedményezés esetén engedményezett jóváhagyása;
- maradványértékre vonatkozó igazolás.

Vagyoni kárra vonatkozó kárigény esetén:

- a károsodott tárgy tulajdonjogának igazolása (vásárlási számla, földhivatali igazolás, forgalmi engedély stb.);
- a kár körülményeinek mindkét fél (a károsult és a Biztosított) által aláírt leírása, beleértve annak megjelölését, hogy a balesetért a Biztosított vállalja-e a felelősséget);
- fotódokumentáció a sérült Vagyontárgy(ak)ról;
- a kárigény tárgya és költséglistája a sérült Vagyontárgy(ak) korának megjelölésével (bizonyítható számla, kor- és értékbecslés, interneten végzett vizsgálat csatolásával);
- a helyreállítás/javítás költségbecslése vagy számlák, ha a költségeket már fedezték;
- nyilatkozat arról, hogy a biztosított személy máshol nem igényelt/kapott visszatérítést, a kifizetés részleteinek feltüntetésével együtt.

Személyi sérüléssel kapcsolatos kárigény esetén:

- a Baleset körülményeinek mindkét fél (a sérült és a Biztosított) által aláírt leírása, beleértve annak megjelölését, hogy ki felelős a balesetért az eset tanúinak vallomásai (a körülmények megerősítése);
- teljes orvosi dokumentáció, a sérülést követő orvosi beavatkozások, kezeléstörténet (a kezelés befejezésére vonatkozó információkkal együtt);
- az eseménnyel kapcsolatban keletkezett valamennyi dokumentum és levelezés (pl. feljegyzések, jelentések, hatósági jegyzőkönyvek);
- fényképes dokumentáció az esemény helyszínéről;
- nyilatkozat arról, hogy a károsult személy máshol nem igényelt/kapott visszatérítést, a kifizetés részleteinek feltüntetésével együtt.

Háziállat által okozott károk esetén:

- annak igazolása, hogy a Biztosított személy a háziállat tulajdonosa (chipadatok, vételi/örökbefogadási szerződés, orvosi/oltási dokumentáció vagy bármely más, a tulajdonjogot igazoló dokumentum);
- valamint a kár jellegétől függően, vagyoni- vagy a személyi sérüléssel kapcsolatos dokumentumok.



Otthonvédelem:

- vagyontárgyak beszerzési számlái;
- igazolás arról, hogy az ingatlan a Biztosított lakóhelye;
- fényképes dokumentáció a károsodott Vagyontárgyak listájával;
- számlák és nyugták a Vagyontárgyak javításáról és/vagy cseréjéről;
- határozat vagy hivatalos eljárásról készült jegyzőkönyv, ha rendelkezésre áll (pl. rendőrségi jegyzőkönyv, amely tartalmazza az eset körülményeit);
- a Vagyontárgyak tulajdonjogának igazolása (számlák, jótállási jegyek, adásvételi szerződés);
- nyilatkozat arról, hogy a károsult személy máshol nem igényelt/kapott kártérítést, az esetleges kifizetés részleteinek feltüntetésével együtt.

Kisállatok gondozása:

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

DAGANATOS MEGBETEGEDÉS DIAGNOSZTIZÁLÁSA:

- a Daganatos megbetegedés Diagnózisát megerősítő dokumentáció (kórszövettani/citológiai lelet) onkológustól vagy olyan szakembertől, aki rendelkezik a daganatos megbetegedés kezelésére vonatkozó képesítéssel és tapasztalattal.
- orvosi kezelési nyilvántartás, orvosi kezelési karton (a Biztosítottnak információt kell szolgáltatnia az elvégzett vagy jelenleg is folyamatban lévő konkrét kezelésekről, például kemoterápiáról, sugárkezelésről, műtétekről vagy célzott terápiákról. Ez tartalmazhat kezelési terveket, orvosi vényeket és a Biztosított kórtörténetének részleteit is);
- a Biztosított személyazonosító igazolványának, útlevelének vagy más, a személyazonosságát igazoló dokumentum másolata 500.000 Ft feletti kifizetés esetén

Kritikus betegség diagnosztizálása:

- a Kritikus betegség Diagnózisát megerősítő dokumentáció olyan Szakorvostól, aki rendelkezik a Kritikus betegség kezelésére vonatkozó képesítéssel és tapasztalattal.

Sportfelszerelések védelme

- orvosi dokumentáció, amely tartalmazza és alátámasztja a Biztosított Balesetét és testi sérülését;
- fotódokumentáció a sérült vagy megsemmisült sportfelszerelésről;
- javítási számla vagy új, hasonló termék vásárlásának költségeit igazoló számla;
- nyilatkozat, hogy a Biztosított a sérült vagy megsemmisült sportfelszerelés tulajdonosa;
- amennyiben a kár elbírálásához szükséges, a Biztosító bekérheti a sérült tárgyak vagy a sportfelszerelés vásárlási számláját.

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);
- gépjárművel kapcsolatos kár esetén 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 álláskeresői 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 megszűnt, 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.

ASSISTANCE SZOLGÁLTATÁSOK ESETÉN BENYÚJTANDÓ DOKUMENTUMOK

Telemedicina - Orvosi távkonzultáció

- A biztosítási esemény részletes leírása.
- Részletes orvosi dokumentumok, beleértve az orvosi eset kórtörténetét is (pl. betegkarton, kezelési dokumentumok, zárójelentések, leletek).
- A biztosított korábbi egészségügyi dokumentumai (lelet, zárójelentés, diagnózis).

Második Orvosi Szakvélemény

- A biztosítási esemény részletes leírása.
- Részletes orvosi dokumentumok, beleértve az orvosi eset kórtörténetét is (pl. betegkarton, kezelési dokumentumok, zárójelentések, leletek).
- A biztosított korábbi egészségügyi dokumentumai (lelet, zárójelentés, diagnózis).
- A biztosítási szolgáltatással kapcsolatos szolgáltatás (pl. de nem kizárólagosan ügyvédi munkadíj, szállítási költségek, javítások, egészségügyi ellátás, egyéb szolgáltatások) igénybevételeéről kiállított számla.

Pszichológiai segítségnyújtás - költségtérítés - baleset és betegség esetén

- A biztosítási esemény részletes leírása.
- Részletes orvosi dokumentumok, beleértve az orvosi eset kórtörténetét is (pl. betegkarton, kezelési dokumentumok, zárójelentések, leletek).
- A biztosított korábbi egészségügyi dokumentumai (lelet, zárójelentés, diagnózis).
- A biztosítási szolgáltatással kapcsolatos szolgáltatás (pl. de nem kizárólagosan ügyvédi munkadíj, szállítási költségek, javítások, egészségügyi ellátás, egyéb szolgáltatások) igénybevételeéről kiállított számla.

CYBER - online tevékenységgel kapcsolatos biztosítási fedezet

1. Pénzügyi felügyelet

- A biztosítási esemény részletes leírása.
- Rendőrségi jelentés/jegyzőkönyv.
- Hivatalok, hatóságok, intézmények vonatkozó igazolásai - annak érdekében, hogy ellenőrizni lehessen a káresemény okát. (A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítését a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető-, vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.)



- A biztosítási szolgáltatással kapcsolatos szolgáltatás (pl. de nem kizárólagosan ügyvédi munkadíj, szállítási költségek, javítások, egészségügyi ellátás, egyéb szolgáltatások) igénybevételéről kiállított számla.
- Bank által kiállított igazolás.
- Személyes okmányok adatai, illetve azok másolata, fotója.

2. Távoli informatikai támogatás

- Jelen fedezettel kapcsolatban nem szükséges dokumentumok benyújtása, a Biztosító a szolgáltatást távoli informatikai szolgáltatás keretein belül nyújtja.

3. Jogi segítségnyújtás

- A biztosítási esemény részletes leírása.
- Igazolás(ok) az összes érvényesíteni kívánt költség kifizetéséről.
- Orvosi okok esetén: részletes orvosi dokumentumok, beleértve az orvosi eset kórtörténetét is (pl. betegkarton, kezelési dokumentumok, zárójelentések, leletek).
- Rokoni kapcsolat igazolása (születési anyakönyvi kivonat, házassági anyakönyvi kivonat), ha a káresemény oka egy rokont érint. Lakcímkártya, bejelentő lap az együttélés igazolására.
- Rendőrségi jelentés/jegyzőkönyv.
- Hivatalok, hatóságok, intézmények vonatkozó igazolásai - annak érdekében, hogy ellenőrizni lehessen a káresemény okát. (A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítését a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető-, vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.)
- A biztosított korábbi egészségügyi dokumentumai (lelet, zárójelentés, diagnózis).
- A biztosítási szolgáltatással kapcsolatos szolgáltatás (pl. de nem kizárólagosan ügyvédi munkadíj, szállítási költségek, javítások, egészségügyi ellátás, egyéb szolgáltatások) igénybevételéről kiállított számla.
- Bank által kiállított igazolás.
- Sérült vagyontárgyról készített fotó.
- Vásárlást igazoló számla.
- Online vásárlással kapcsolatos visszaigazoló igazoló email, képernyőkép, egyéb dokumentum.
- Személyes okmányok adatai, illetve azok másolata, fotója.

4. Pszichológiai segítségnyújtás

- A biztosítási esemény részletes leírása.
- Orvosi okok esetén: részletes orvosi dokumentumok, beleértve az orvosi eset kórtörténetét is (pl. betegkarton, kezelési dokumentumok, zárójelentések, leletek).
- Rendőrségi jelentés/jegyzőkönyv.
- Hivatalok, hatóságok, intézmények vonatkozó igazolásai - annak érdekében, hogy ellenőrizni lehessen a káresemény okát.
- A biztosított korábbi egészségügyi dokumentumai (lelet, zárójelentés, diagnózis).
- A biztosítási szolgáltatással kapcsolatos szolgáltatás (pl. de nem kizárólagosan ügyvédi munkadíj, szállítási költségek, javítások, egészségügyi ellátás, egyéb szolgáltatások) igénybevételéről kiállított számla.

5. Informatikai eszközök javítása és kölcsönzése

- A biztosítási esemény részletes leírása.
- Rendőrségi jelentés/jegyzőkönyv.
- Hivatalok, hatóságok, intézmények vonatkozó igazolásai - annak érdekében, hogy ellenőrizni lehessen a káresemény okát. (A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítését a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető-, vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.)
- A biztosítási szolgáltatással kapcsolatos szolgáltatás (pl. de nem kizárólagosan ügyvédi munkadíj, szállítási költségek, javítások, egészségügyi ellátás, egyéb szolgáltatások) igénybevételéről kiállított számla.
- Sérült vagyontárgyról készített fotó.
- Vásárlást igazoló számla.
- Online vásárlással kapcsolatos visszaigazoló igazoló email, képernyőkép, egyéb dokumentum.





6. Elvesztett pénzeszközök visszatérítése

- A biztosítási esemény részletes leírása.
- Rendőrségi jelentés/jegyzőkönyv.
- Hivatalok, hatóságok, intézmények vonatkozó igazolásai - annak érdekében, hogy ellenőrizni lehessen a káresemény okát. (A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítését a bejelentett káresemény tekintetében indult büntető-, vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem köti.)
- A biztosítási szolgáltatással kapcsolatos szolgáltatás (pl. de nem kizárólagosan ügyvédi munkadíj, szállítási költségek, javítások, egészségügyi ellátás, egyéb szolgáltatások) igénybevételeéről kiállított számla.
- Bank által kiállított igazolás.
- Sérült vagyontárgyról készített fotó.
- Vásárlást igazoló számla.
- Online vásárlással kapcsolatos visszaigazoló igazoló email, képernyőkép, egyéb dokumentum.

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 (Biztosítási kötvényben) szereplő adat, információ;
- ha másik biztosítóintézettel 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 bekövetkezte 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 a Szerződő vagy a Biztosított 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.

Amennyiben a káreseményhez kapcsolódó dokumentumok idegen nyelven keletkeztek és a kárrendezéshez szükséges azok hiteles fordítása magyar nyelvre, a fordítás költsége a Szerződőt, Biztosítottat terheli.

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

Telefonon

**Az Assistance szolgáltatások kapcsán 0-24 órában elérhető telefonos ügyfélszolgálat telefonszámán:
+ 36 460 1 460**

Az alábbi assistance fedezetek hétfőtől péntekig, munkaszüneti napok kivételével, munkaidőben (09:00-17:00 óra között) vehetők igénybe:

- Pénzügyi felügyelet;
- Távoli informatikai támogatás;
- Pszichológiai segítségnyújtás.



Minden egyéb szolgáltatás kapcsán a Biztosító telefonos ügyfélszolgálatán, a +36 80 468 468 számon, nyitvatartási időben:

- hétfő: 08:00-20:00
- kedd: 09:00-17:00
- szerda: 09:00-17:00
- csütörtök: 09:00-17:00
- péntek: 09:00-17:00
- szombat-vasárnap: zárva

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 kideríthetetlené 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 ellen-



őrzését, 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 késelemét, a Biztosító akkor sem korlátozza a szolgáltatását, ha a Biztosítási eseménnyel kapcsolatos lényeges körülmények a Biztosított késedelme miatt váltak kideríthetatlenné. **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 késelemét, azaz felróható okból mulasztja el a határidőben történő bejelentést, de a lényeges körülmények kideríthetők, vagy azok kideríthetatlenségét 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 ésszerűen 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 Ügyféltájékoztató, 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. Gyermekek Biztosított esetében a Szerződő részére történik a kifizetés.

A Biztosítási összeg mértéke a Biztosítási kötvényen kerül fedezetenként feltüntetésre. A Biztosító, a Biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítási kötvényen feltüntetett Biztosítási összeget-, vagy a Biztosítási összeg Értékelési táblázatban feltüntetett, térítésköteles biztosítási eseménynek megfelelő százalékos értékét fizeti ki a Biztosított vagy a Kedvezményezett részére, amennyiben a káreseménnyel kapcsolatban semmilyen kizárásra vagy mentesülése 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 (BIZTOSÍTÁSI FEDEZET) MEGSZŪNÉSÉNEK ÉS MEGSZŪNTETÉSÉNEK 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 helyállni 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.

Abban az esetben, ha a szerződés az előző bekezdésben írt módon, a folytatólagos díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő fél a megszűnés napjától számított százhusz napon belül írásban kérheti a biztosítót a kockázatviselés helyreállítására (reaktíválási kérelem). A Biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizetik. Amennyiben a Biztosított a szerződés reaktíválását kéri a Biztosítótól, a Biztosító a reaktíválási kérelmet nem köteles elfogadni, továbbá a reaktíválási kérelem elfogadását a korábban esedékessé vált díjak megfizetésétől teheti függővé. A Biztosító a díjak megfizetése után a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint állíthatja helyre, a megszűnés hatályára visszamenőlegesen.

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 az utolsó, teljes esedékes díjjal rendezett időszak utolsó napjára visszamenő hatállyal megszűnik. Amennyiben a szerződésre az első esedékes díjnak csak egy részét fizette meg a Szerződő, a szerződés a kockázatviselés kezdetére visszamenő hatállyal szűnik meg.

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 minden fedezet tekintetében;
- a biztosított Gyermekek 18. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor minden fedezet tekintetében;
- a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor, de legkésőbb az öregségi nyugdíj jogosultságának elérésekor az alábbi fedezetek esetén:
 - Munkaképtelenség – Baleset esetén;
 - Munkaképtelenség – Betegség esetén;
 - Munkanélküliségi biztosítás a munkahely nem önkéntes elvesztése esetén;
- a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor;
 - Temetési költségek - bármilyen okból bekövetkezett halál esetén;
 - Műtéti térítés - Baleset esetén (1-100%);
 - Műtéti térítés - Betegség esetén (1-100%);
 - Daganatos megbetegedés diagnosztizálása;
 - Kritikus betegség diagnosztizálása;
- 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 Biztosítottokra.

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.

3.9.7. VÁRAKOZÁSI IDŐSZAK ALATT BEKÖVETKEZŐ BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Amennyiben a Várakozási időszak alatt Biztosítási esemény következik be, az első kockázatra szóló biztosítási fedezettel kapcsolatban – azaz a Biztosítási esemény bekövetkezése esetén az adott biztosítási fedezet megszűnik, pl. „Daganatos megbetegedés diagnosztizálása” biztosítási fedezet esetén -, akkor a biztosítási esemény bekövetkezésének napján a biztosítási fedezet megszűnik a kockázatviselés kezdetére visszamenőlegesen hatállyal.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



4.1. 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 Biztosítási kötvényen 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 tekinti, 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.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

Térítésköteles biztosítási esemény esetén, a Biztosító, a Kedvezményezett(ek)nek, vagy – Kedvezményezetti jelölés hiányában – az örökös(ök) részére, vagy a meghatalmazott képviselőnek fizeti ki a Biztosítási kötvényen megjelölt Biztosítási összeget.

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.

4.2. 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.

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 térítésköteles 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.

Térítésköteles biztosítási esemény esetén, a Biztosító, a Kedvezményezett(ek)nek, vagy – Kedvezményezetti jelölés hiányában – az örökös(ök) részére, vagy a meghatalmazott képviselőnek fizeti ki a Biztosítási kötvényen megjelölt Biztosítási összeget.

A Biztosító további 10%-kal növeli a Biztosítási összeg kifizetését, ha a Baleset időpontjában a Biztosított az eredeti gyári biztonsági övet a KRESZ előírásainak megfelelően 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.

4.3. Temetési költségek - bármilyen okból bekövetkezett halál esetén

A Biztosított, kockázatviselés ideje alatt, bármilyen okból bekövetkező halála esetén, a Biztosító megtéríti a Biztosított temetésével, hamvasztásával kapcsolatban felmerült, számlával igazolt indokolt költségeket, maximálisan a Biztosítási kötvényen feltüntetett Biztosítási összeg mértékéig.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Biztosító megtéríti a temetési, vagy hamvasztási költségeket a Biztosítási összeg mértékéig, az azokat korábban kifizető személy részére.

A Biztosító a Biztosítottnak, Temetési költséget a Várakozási időszak lejártát követő első naptól kezdve szolgáltatathat, Betegségből eredő Biztosítási eseményekkel kapcsolatban.

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) a Várakozási időszak alatt bekövetkezett, Betegségből eredő Biztosítási eseményekre.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.4. Baleseti maradandó egészségkárosodás - extra szolgáltatások

Maradandó egészségkárosodás esetén a Biztosító megtéríti az orvosilag indokolt lakóingatlan- és/vagy a jármű átalakításának-, kerekesszék vásárlásának-, gyógyászati segédeszközök bérlésének vagy vásárlásának-, segítőkutya vásárlásának-, új munkahelyre való átképzésnek- és pszichológiai terápiának a költségeit a Biztosítási kötvényben feltüntetett Biztosítási összeg mértékéig.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Biztosító csak abban az esetben szolgáltat jelen fedezettel kapcsolatban, amennyiben a következő biztosítási alapfedezetekkel kapcsolatban is szolgáltatott:

- Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás (maradandó teljes munkaképtelenség);
- Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodás;
- Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodás.

A Biztosítási összeg minden extra szolgáltatásra összesítve vonatkozik. A Biztosított saját szükségletei alapján dönthet arról, hogy mely extra szolgáltatást, vagy szolgáltatások kombinációját veszi igénybe, a Biztosítási összeg mértékéig.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



A Biztosító az alábbi extra szolgáltatások költségtérítését tekinti térítésköteles biztosítási eseménynek, amennyiben a Biztosított Maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodása azt indokolja:

- lakóingatlan- és/vagy jármű átalakítása;
- kerekesszék vásárlása;
- gyógyászati segédeszközök bérlése vagy vásárlása;
- segítőkutya vásárlásának költségei;
- új munkahelyre való átképzés költségei;
- pszichológiai terápia költségei.

Lakóingatlan- és/vagy jármű átalakításának igénybevétele esetén a Biztosító az alábbi feltételek teljesülése esetén szolgálat:

- az átalakítást a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- az átalakítást számlával igazolják;
- az átalakítást a Biztosított személy állandó, vagy ideiglenes lakcímének, tartózkodási helyének megfelelő lakóingatlanon végezték el, vagy a jármű átalakítását a biztosított vagy Hozzá tartozójának tulajdonában, vagy üzemben tartásában lévő járművön végezték el.

Kerekesszék vásárlása esetén a Biztosító az alábbi feltételek teljesülése esetén szolgálat:

- a kerekesszék a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a vásárlást számlával igazolják;

Gyógyászati segédeszközök bérlése vagy vásárlása esetén a Biztosító az alábbi feltételek teljesülése esetén szolgálat:

- a gyógyászati segédeszközök használatát a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a vásárlást számlával igazolják;

Segítőkutya vásárlása esetén a Biztosító az alábbi feltételek teljesülése esetén szolgálat:

- a Segítőkutya vásárlását a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a vásárlást számlával igazolják;
- a Segítőkutyát a Magyar Terápiás és Segítőkutya Szövetség Egyesületet (MATESZE) segítőkutyaként minősítette.

Új munkahelyre való átképzés igénybevétele esetén a Biztosító az alábbi feltételek teljesülése esetén szolgálat:

- az átképzést a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- az átképzést számlával igazolják;
- az átképzést végző szervezet, az oktatáshoz szükséges jogosultságokkal, engedéllyel rendelkezik.

Pszichológiai terápia igénybevétele esetén a Biztosító az alábbi feltételek teljesülése esetén szolgálat:

- a terápiát a Biztosított egészségügyi állapota indokolta;
- a terápiát számlával igazolják;
- a terápiát végző Orvos, a terápia végzéséhez szükséges jogosultságokkal, engedéllyel rendelkezik.



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 szolgáltatások költségei

- a) az olyan kiadásokra, melyeket a Biztosított számlával nem tud igazolni;**
- b) melyek nem a Biztosítottal kapcsolatban merültek fel;**
- c) melyek nem kapcsolódnak a Biztosított baleseti eredetű maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodásához;**
- d) amelyekre az állami egészségbiztosítás, az állami szociális alap vagy hasonló állami szolgáltatás keretében a magyar állam már kifizetett, vagy ki fogja fizetni.**

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.5. 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 Fekvőbetegkezelését eredményezi a Baleset időpontját követő 1 éven belül, a Biztosító kifizeti a Biztosítási kötvényen megjelölt napi Biztosítási összeget maximum 365 nap időtartamra.

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.

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.



4.6. Kórházi napidíj – Betegség esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Betegség miatt közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a Biztosított Kórházban történő Fekvőbetegkezelését eredményezi a Betegség időpontját követő 1 éven belül, a Biztosító kifizeti a Biztosítási kötvényen megjelölt napi Biztosítási összeget maximum 365 napra.

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 időszak lejártát követő első naptól** kezdve szolgáltatathat. **Ugyanazon Betegség következtében többszöri Kórházi kezelés esetén a napok száma összeadódik, de 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.

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 történő ellátásokra;
- c) terhességgel, vetéléssel, szüléssel vagy abortusszal kapcsolatos Betegségekre, orvosi kezelésekre;
- d) kutatásokkal, kísérletekkel, oltásokkal és fogamzásgátlással kapcsolatos Kórházi kezelésre;
- e) a Várakozási időszak alatt kialakuló Betegségekre;
- f) 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.

4.7. Lábadozási napidíj – Baleset esetén – Kórházi fekvőbeteg-ellátást követően

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

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.



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.

4.8. Balesetet követő otthoni Lábadozás - Szakorvosi ellátást követően

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Baleset miatt kórházi vagy szakorvosi járó- vagy fekvőbeteg ellátást követően, Orvos által előírt otthoni Lábadozásra szorul, a Biztosító kifizeti a Biztosítási kötvényen megjelölt napi Biztosítási összeget, az Orvos által előírt Lábadozás minden napjára, de **maximum 30 napra**.

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.

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 lábadozás esetén.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.9. Lábadozási napidíj – Betegség esetén – Kórházi fekvőbeteg-ellátást követően

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

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Biztosító a Biztosítottnak, Lábadozási napidíjat a Várakozási időszak 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, vetéléssel, szüléssel vagy abortusszal 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.

4.10. Műteti térítés - Baleset esetén (1-100%)

Amennyiben a Biztosított Baleset következtében műtétet végeznek, a műtét típusának és súlyosságának megfelelően a Biztosító kifizeti a Biztosítási kötvényen megjelölt Biztosítási összeg, adott műteti beavatkozásra vonatkozó meghatározott százalékát.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

Amennyiben összetett műtétet végeznek (egyetlen feltáráskor két- vagy több sebészeti beavatkozást végeznek), a Szolgáltatási összeg annak a műtétnek felel meg, amelyik a legmagasabb százalékos értéket tartalmazza az Értékelési táblázatban.

ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

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

Az Értékelési táblázatban fel nem sorolt műtétek esetén a Biztosító megbízásából eljáró orvosszakértő által meghatározott, az Értékelési táblázatban felsoroltakhoz hasonló súlyosságú és következményű műtéteknek megfelelő szolgáltatást nyújtja.

Ugyanazon Balesetből eredő több műtét esetén az egyes műtétekre fizetendő százalékos értékek összeadódnak, azonban a káreseményenkénti teljes szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a teljes Biztosítási összeg 100%-át.

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:

- terhességgel, vetéléssel, szüléssel vagy abortusszal kapcsolatos műtétekre;
- a műtét által okozott bármilyen károsodás miatt elvégzett kozmetikai vagy plasztikai műtétekre;
- kozmetikai vagy plasztikai műtétekre, kivéve, ha az Baleset következtében szükséges;
- a fogászati kezeléssel kapcsolatos fogászati műtétek, kivéve azokat, amelyek Baleset következtében szükségesek, és amelyeket a Biztosított saját, nem mesterséges, állandó fogain (nem tejfogakon) végeznek;
- megelőző diagnosztika, genetikai vizsgálatok céljából elvégzett műtétekre;
- a Várakozási időszak alatt bekövetkező Biztosítási eseményekre;
- nem következik be biztosítási esemény, ha a műtétet az alábbiak kezelésével vagy gyógyulásával összefüggésben végezték:
 - 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) az ápolási vagy gondozási szükséglettel összefüggésben elvégzett műtétekre.

Korlátozások:

Amennyiben a Biztosított betöltötte 65. életévét, jelen biztosítási fedezet nem köthető részére. A biztosítás megszűnik a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóra.

Amennyiben összetett műtétet végeznek (egyetlen feltáráskor két- vagy több sebészeti beavatkozást végeznek), a Szolgáltatási összeg annak a műtétnek felel meg, amelyik a legmagasabb százalékos értéket tartalmazza az Értékelési táblázatban.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.11. Műtéti térítés - Betegség esetén (1-100%)

Amennyiben a Biztosított Betegség következtében műtétet végeznek, a műtét típusának és súlyosságának megfelelően a Biztosító kifizeti a Biztosítási kötvényen megjelölt Biztosítási összeg, adott műtéti beavatkozásra vonatkozó meghatározott százalékát.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Biztosító várakozási időszakot alkalmaz, melyet a Biztosítási kötvény tartalmaz.

Amennyiben összetettműtétet végeznek, a Szolgáltatási összeg, annak a műtétnek felel meg, amelyik a legmagasabb százalékos értéket tartalmazza az Értékelési táblázatban.

A Biztosító a Biztosítottnak, Lábadozási napidíjat a Várakozási időszak lejártát követő első naptól kezdve szolgáltat.

ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

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



Az Értékelési táblázatban fel nem sorolt műtétek esetén a Biztosító megbízásából eljáró orvosszakértő által meghatározott, az Értékelési táblázatban felsoroltakhoz hasonló súlyosságú és következményű műtéteknek megfelelő szolgáltatást nyújtja.

Ugyanazon betegségből eredő több műtét esetén az egyes műtétekre fizetendő százalékos értékek összeadódnak, azonban a káreseményenkénti teljes szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a teljes Biztosítási összeg 100%-át.

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:

- terhességgel, vetéléssel, szüléssel vagy abortusszal kapcsolatos műtétekre;
- a műtét által okozott bármilyen károsodás miatt elvégzett kozmetikai vagy plasztikai műtétekre;
- megelőző diagnosztika, genetikai vizsgálatok céljából elvégzett műtétekre;
- a Várározási időszak alatt bekövetkező Biztosítási eseményekre.
- nem következik be biztosítási esemény, ha a műtétet az alábbiak kezelésével vagy gyógyulásával összefüggésben végezték:
 - 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) az ápolási vagy gondozási szükséglettel összefüggésben elvégzett műtétekre.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.12. Orvosi kezelés - Baleset esetén

Amennyiben a Biztosított Baleset következtében olyan testi sérülést szenved, amely Orvosi kezelést igényel, a Biztosító megtéríti a Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztatóban felsorolt Baleset utáni kezeléseket, szolgáltatások költségeit, a Biztosítási kötvényben szereplő összeghatárig.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

Az első orvosi kezelést a Biztosított testi sérülését okozó Baleset időpontjától számított 1 héten (7 napon) belül kell megkezdeni.

A további kezeléseket költségeit a baleset időpontjától számított legfeljebb 1 évig, a Biztosítási kötvényen megállapított Biztosítási összeghatárig téríti a Biztosító.

A Biztosítási kötvényen meghatározott biztosítási limit az egy balesetből vagy egymással összefüggő balesetek sorozatából eredő összes orvosi eseményre vonatkozik.

A Biztosító a költségeket az alábbiak szerint téríti:

- Orvos által nyújtott szolgáltatások és a felhasznált anyagok (pl. varratok, gipsz) költségei;
- egy egyágyas szoba- és egy műtét költségei;
- az altatás költségei (beleértve az altatás elvégzésének költségeit), az Orvos által előírt képzőanyagok szolgáltatások költségei (röntgenvizsgálat, MRI, CT), az Orvos által előírt laboratóriumi vizsgálatok költségei;

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



- Orvos által felírt gyógyszerek vagy gyógyszerkészítmények költségei;
- szállítás (betegszállító) költségei;
- indokolt rehabilitáció költségei.

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:

- olyan orvosi kezelésekre, költségekre, melyek nem Baleseti jelleggel bekövetkező sérülések miatt váltak szükségessé;
- Orvos által elő nem írt rehabilitáció;
- Orvos által fel nem írt, azaz szabadon, vény nélkül vásárolt gyógyszerek és gyógyszerkészítmények.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.13. 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, Csontrepedést vagy Ízületi ficamot okoz, a Biztosító kifizeti a Biztosítási kötvényen az adott Csonttörésre, Csontrepedésre vagy Ízületi ficam mértékére vonatkozó Biztosítási összeg meghatározott százalékát, feltéve, hogy a sérülésről készült Kórházi vagy Szakorvosi dokumentum, zárójelentés vagy ambulánslap mely alátámasztja a sérüléseket.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

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

ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

Törés és Ízületi ficam	Szolgáltatás a teljes Biztosítási összeg százalékában kifejezve
A csípő- vagy medencecsontok törése, vagy törései (a combcsont és a csigolyák kivételével)	100%
Egy vagy több lábszárcsont (combcsont, sípcsont, szárkapocscsont, sarokcsont, kivéve a bokacsontot), koponya (kivéve az arccsontot, orrcsontot és állcsontot), 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, állcsont törése(i)	5%
Csípőficam, gerincferdülés röntgenfelvétellel igazolt ficam (kivéve porckorong sérv)	50%
Térd, boka, lapocka, váll, kulcscsont, könyök vagy csukló ficama	25%
A kéz- vagy lábujjak ficama, az alsó állkapocs ficama	5%





Ugyanazon Balesetből eredő több Csonttörés, Csontrepedés 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 Értékelési táblázatban nem említett Csonttöréseket, Csontrepedéseket vagy Ízületi ficamokat a sérülés súlyosságával arányosan értékeli a Biztosító a fenti Értékelési táblázatban felsorolt esetekkel való összehasonlítás alapján.

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

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:

- a) bármilyen Betegség, progresszív (nem Baleseti) ok, természetes úton kialakuló állapot vagy degeneratív folyamat;
- b) csontritkulás okozta törések, ficamok;
- c) kóros törések, kóros vékony törések (hajszálrepedések);
- d) 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.

4.14. 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.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Biztosító megtéríti a Biztosítási összegnek az adott Baleseti égési vagy fagyási sérülésre vonatkozó meghatározott százalékát az alábbi Értékelési táblázat alapján.

**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.

Ahhoz, hogy a Biztosító a Biztosítottnak megtéríthesse 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 megbízásából eljáró orvosszakértő ezen benyújtott dokumentumtól eltérő álláspontot képvisel, a Biztosító a megbízásából eljáró orvosszakértő 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 megbízásából eljáró orvosszakértő ezen benyújtott dokumentumtól eltérő álláspontot képvisel, a Biztosító a megbízásából eljáró orvosszakértő 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.

4.15. Baleseti eredetű, maradandó teljes egészségkárosodás (maradandó teljes munkaképesség)

A Biztosító egyszeri szolgáltatási összeget fizet meg a Biztosított részére, amennyiben a Balesete olyan súlyos fizikai állapotot okozott, amely miatt a keresőképzetlenség elbírálására, illetve igazolására jogosult Orvos vagy Kórház a legsúlyosabb rokkantsági fokozat fennállását állapítja meg, így saját jogon keresőképzetlen állományba kerül, és emiatt teljesen ellehetetlenül a Biztosított bármilyen jövedelemszerző tevékenysége, továbbá az állapota lehetlenné 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.

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.

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.



4.16. Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodás

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Testi sérülés következményeként a Baleset bekövetkezésének időpontjától számított 12 hónap elteltével orvosilag kimutatható maradandó (állandó és visszafordíthatatlan) teljes- vagy részleges egészségkárosodást szenved, amelynek következtében közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a testi funkciói végérvényesen károsodást szenvedtek, a Biztosító legfeljebb a Biztosítási kötvényen 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.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

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

A Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy 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 Biztosítási kötvényen 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 Biztosítási kötvényen megjelölt Biztosítási összeg adott egészségkárosodásra meghatározott százalékát.

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

ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

A kárigény elbírálásához szükséges Értékelési táblázatot a jelen Biztosítási feltételek 2. számú melléklete tartalmazza.



Az Értékelési táblázatban fel nem sorolt maradandó egészségkárosodás esetén a Biztosító megbízásából eljáró orvosszakértő 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.

4.17. Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy 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, teljes- vagy részleges maradandó egészségkárosodásra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Amennyiben a Biztosított egyszerre rendelkezik „Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodás” fedezettel és „Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodás” fedezettel, és amennyiben a maradandó részleges egészségkárosodás bekövetkezése mindkét fedezetben leírtak alapján térítésköteles 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 teljes- vagy részleges egészségkárosodás mértékét a kezelés és a rehabilitáció befejezése után, valamint a Biztosított egészségi állapotának stabilizálódása után állapítja meg.

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

Amennyiben a Biztosított rendelkezik „Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy részleges egészségkárosodás” fedezettel és „Személygépkocsival való közlekedés során bekövetkezett Baleseti eredetű, maradandó teljes- vagy 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, az Értékelésitáblázatban a jobb és bal oldalhoz tartozó arányok fordítottja érvényes.

ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

A kárigény elbírálásához szükséges Értékelési táblázatot a jelen Biztosítási feltételek 2. számú melléklete tartalmazza.

Az Értékelési táblázatban fel nem sorolt maradandó egészségkárosodás esetén a Biztosító megbízásából eljáró orvosszakértő 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.

4.18. Munkaképtelenség – Baleset esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Baleset miatt átmenetileg munkaképtelenné válik, a Biztosító, a Biztosítási kötvényen meghatározott napi Biztosítási összeget fizet a Biztosított részére az igazolt Lábadozási napok számának (betegállománynak) megfelelően, de legfeljebb a Biztosítási kötvényben meghatározott napok számának megfelelően.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A szolgáltatás kifizetéséhez a Biztosított Munkaképtelenségének legalább a Biztosítási kötvényben feltüntetett ideig kell tartania.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



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

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

Az első kifizetést a Biztosító a keresőkép-telenségnek, a Biztosítási kötvényben feltüntetett minimális hosszát követően teljesíti az igazoló dokumentumok beérkezését követő 15 munkanapon belül.

Amennyiben egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosított nem használja fel a Biztosítási kötvényen meghatározott összes napot, a megmaradt napokat, az adott biztosítási éven belül felhasználhatja a következő térítés-köteles biztosítási eseménnyel kapcsolatban.

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, vetéléssel, szüléssel vagy abortusszal kapcsolatos;**
- d) háziorvos által felállított Diagnózist a Biztosító nem fogad el a Baleset igazolására.**

Korlátozások:

Amennyiben a Biztosított betöltötte 65. életévét, jelen biztosítási fedezet 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 30 napra 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.

4.19. Munkaképtelenség – Betegség esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt Betegség miatt, a várakozási idő lejárta után átmenetileg munkaképtelenné válik, a Biztosító, a Biztosítási kötvényen meghatározott napi Biztosítási összeget fizet a Biztosított részére az igazolt Lábadozási napok számának (betegállománynak) megfelelően, de legfeljebb a Biztosítási kötvényben meghatározott napok számának megfelelően.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A szolgáltatás kifizetéséhez a Biztosított Munkaképtelenségének legalább a Biztosítási kötvényben feltüntetett ideig kell tartania.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



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

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

Az első kifizetést a Biztosító a keresőkép-telenségnek, a Biztosítási kötvényben feltüntetett minimális hosszát követően teljesíti, az igazoló dokumentumok beérkezését követő 15 munkanapon belül.

Amennyiben egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosított nem használja fel a Biztosítási kötvényen meghatározott összes napot, a megmaradt napokat, az adott biztosítási éven belül felhasználhatja a következő térítés-köteles biztosítási eseménnyel kapcsolatban.

A Biztosító a Biztosítottnak, Munkaképtelenségi napidíjat a Várakozási időszak 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, gyógyüdülőkhöz, hosszú távú ellátást, gyógykezelést nyújtó Kórházakban, lábadozó-központokban, rehabilitációs intézetekben, méregtelenítő-központokban való tartózkodással kapcsolatos munkaképtelenség;**
- b) orvosi vizsgálat, műtét vagy tisztán kozmetikai jellegű kezelés, illetve elhízás, impotencia vagy meddőség kezelése céljából végzett vizsgálatot követő munkaképtelenség;**
- c) a Várakozási időszak alatt bekövetkező eseményekre.**

Korlátozások:

Amennyiben a Biztosított betöltötte 65. életévét, jelen biztosítási fedezet 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.

A Biztosító csak azt a munkaképtelenséget tekinti térítésköteles Biztosítási eseménynek, amellyel kapcsolatban Szakorvosi intézkedés (vizsgálat vagy ellátás) volt szükséges.

A Biztosító maximum 30 napra nyújt szolgáltatást abban az esetben, ha a sérülés, Betegség 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.



4.20. Munkanélküliségi biztosítás a munkahely nem önkéntes elvesztése esetén

Amennyiben a Biztosított a kockázatviselés ideje alatt akaratán kívül elveszti a munkáját, a Biztosító legfeljebb a Biztosítási kötvényen meghatározott havi Biztosítási összeget fizeti meg a Biztosított részére, de legfeljebb a Biztosítási kötvényben meghatározott napok számának megfelelően.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

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 mindenkor hatályos 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;**
- j) a Várakozási időszak alatt bekövetkezett Biztosítási eseményekre.**



Korlátozások:

Amennyiben a Biztosított betöltötte 65. életévét, jelen biztosítási fedezet 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.

4.21. Kiegészítő fedezet Gyermek részére

Amennyiben a Biztosított Gyermek Baleset következtében megsérül, vagy más okból megbetegszik, a Biztosító megtéríti a jelen Biztosítási feltételek és Ügyfélértékoztatóban feltüntetett eseményekkel kapcsolatos költségeket a Biztosítási kötvényben szereplő Biztosítási összegek mértékéig.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Biztosító az alábbi eseményekkel kapcsolatban szolgáltat:

- a biztosított Gyermek szülőjének szállásköltsége, ha a biztosított Gyermek kórházba kerül;
- iskolai kirándulás vagy előre kifizetett iskolai tevékenység, amelyen a biztosított Gyermek Balesete vagy Betegsége miatt nem tud részt venni;
- magántanár költségei, ha a biztosított Gyermek Baleset vagy Betegség miatt több mint 3 hétig nem tud oktatási intézménybe járni.
- a biztosított Gyermek vagyontárgyai, ha Baleset következtében megsérültek vagy megsemmisültek;
- a biztosított Gyermek sportfelszerelése, ha Baleset következtében megsérültek vagy megsemmisültek.

A Biztosított az összes felsorolt extra szolgáltatást egy térítésköteles biztosítási eseménnyel kapcsolatban is igényben veheti, az egyes extra szolgáltatásokra vonatkozó Biztosítási összegek mértékéig.

A Biztosítási összegek Gyermekenként és évente értendők.

A Biztosító a Biztosítottnak, Betegséggel kapcsolatban a Várakozási időszak lejártát követő első naptól kezdve szolgáltathat.

A Biztosító az alábbi eseményekkel kapcsolatban nyújt szolgáltatást:

SZÜLŐ SZÁLLÁSKÖLTSÉG FEDEZET

Abban az esetben, ha a biztosított Gyermek Baleset vagy Betegség következtében Kórházba kerül, a biztosított Gyermek szülőjének szállásköltségeit legfeljebb 10 napig megtéríti a Biztosító a Biztosítási kötvényben meghatározott összeghatárig.

A Biztosító megtéríti a kórházban, magánkórházban vagy a kórházzal azonos városban, de a Biztosított lakóhelye szerinti városon kívül található szállodában történő szállás bizonyíthatóan felmerülő költségeit.

ISKOLAI KIRÁNDULÁS- VAGY ELŐRE KIFIZETETT ISKOLAI TEVÉKENYSÉGEK KÖLTSÉGEI FEDEZET

A Biztosító megtéríti a már kifizetett költségeket vagy a lemondási díjakat, amennyiben a biztosított Gyermek Baleset vagy Betegség miatt nem tud részt venni a következő eseményeken:

- Iskolai kirándulás;

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



- oktatási intézmény vagy más szervezet által szervezett (nyári) tábor vagy kirándulás, amely a Gyermek szabadidős tevékenységét szolgálja;
- magánórák, speciális érdeklődésű gyermekklubok (hobby), nyelviskolák, művészeti iskolák és hasonló iskolai rendezvények, amelyeket előre kifizetett.

MAGÁNTANÁR KÖLTSÉGEI

Amennyiben a biztosított Gyermek Baleset vagy Betegség miatt egybefüggő, több mint 15 tanítási napot (3 hét) hiányzik az iskolából, akkor a Biztosítási kötvényben meghatározott összeghatárig a Biztosító megtéríti a biztosított Gyermek korrepetálását végző magántanár költségeit.

BIZTOSÍTOTT GYERMEK SZEMÉLYES TÁRGYAI FEDZET

A Biztosító megtéríti a Biztosítási kötvényben meghatározott összeghatárig a biztosított Gyermek Baleset következtében megsérült vagy megsemmisült vagyontárgyainak javítási vagy pótlási költségeit.

A Biztosító az alábbiak alapján szolgáltat:

- a Biztosító javítást térít, amennyiben a tárgy megsérült és javítható, a javítás nem haladja meg a tárgy újrabeszerezési értékét; vagy
- a Biztosító újrabeszerezést térít, amennyiben a vagyontárgy nem javítható, vagy a javítás meghaladja a tárgy, sportfelszerelés újrabeszerezési értékét. Ebben az esetben a tárgyhöz leginkább hasonló és műszaki specifikációjú új termékkel való cserét térít a Biztosító;
- a Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a Biztosítási kötvényen feltüntetett Biztosítási összeget.

A Biztosító nem szolgáltat, a csak esztétikai sérülésekkel kapcsolatos költségeket, mely sérülések a normál használatot nem befolyásolják.

BIZTOSÍTOTT GYERMEK SPORTFELSZERELÉSEI FEDEZET

A Biztosító megtéríti a biztosított Gyermek saját sportfelszerelésében keletkezett kárt a Biztosítási kötvényen meghatározott Biztosítási összeg mértékéig, amennyiben a biztosított Gyermek térítésköteles baleseti jellegű biztosítási eseményt szenvedett.

A Biztosító az alábbiak alapján szolgáltat:

- a Biztosító javítást térít, amennyiben a sportfelszerelés megsérült és javítható, a javítás nem haladja meg a sportfelszerelés újrabeszerezési értékét; vagy
- a Biztosító újrabeszerezést térít, amennyiben a sportfelszerelés nem javítható, vagy a javítás meghaladja a sportfelszerelés újrabeszerezési értékét. Ebben az esetben a sportfelszereléshez leginkább hasonló és műszaki specifikációjú új termékkel való cserét térít a Biztosító;
- a Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a Biztosítási kötvényen feltüntetett Biztosítási összeget.

Amennyiben a biztosított Gyermek térítésköteles baleseti jellegű biztosítási eseményt szenvedett, és rendelkezik „Sportfelszerelések védelme”- és „Biztosított Gyermek sportfelszerelése” fedezettel is, abban az esetben, csak az egyik biztosítási fedezet alapján jogosult biztosítási szolgáltatásra.

A Biztosító nem szolgáltat, a csak esztétikai sérülésekkel kapcsolatos költségeket, mely sérülések a normál használatot nem befolyásolják.



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 Szülő szállásköltség fedezet-, az Iskolai kirándulás- vagy előre kifizetett iskolai tevékenységek költségei fedezet-, Magántanár költségei fedezetekkel kapcsolatban nem térít a Biztosító:

- az ICD10/BNO osztályozásban az F00-F99 kategóriák alatt felsorolt mentális és viselkedési zavarok kezelése esetén;
- orvosi vizsgálat, műtét vagy tisztán kozmetikai jellegű kezelés, illetve elhízással kapcsolatos kezelések esetén;
- 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, pszichiátriai osztályon való kezeléssel kapcsolatban.

A Biztosított Gyermekek személyes tárgyai fedezet- és a Biztosított Gyermekek sportfelszereléseinek fedezetekkel kapcsolatban nem térít a Biztosító, amennyiben a kár oka:

- tűz, víz által okozott kár, kivéve, ha a kár oka testi sértéssel járó Baleset volt;
- normál elhasználódás, gyártási hibák, paraziták, rovarok, tisztítás vagy javítás;
- a tárgyak, eszközök vagy a sportfelszerelés nem rendeltetésszerű használata;
- lopás vagy elvesztés;
- karcolások, kisebb repedések, amelyek nem befolyásolják a termék funkcióját;
- a biztosított Gyermekek Balesetétől eltérő okból megsérült tárgy;
- szándékos károkozás, cselekmény;
- a gyártó vagy a kereskedő által nyújtott garanciával fedezett károk;
- az általunk tárgyakként, sportfelszerelésnek tekintett eszközökön kívüli tárgyakra.

A sportfelszereléseket nem téríti a Biztosító az alábbiak esetén:

- hivatásos és/vagy félprofesszionális sporttevékenység, edzés vagy felkészülés során használt eszközök;
- bármilyen gépjármű és eszköz, pótkocsi, félpótkocsi, bármilyen hajó és légi jármű, drónok, bármilyen ejtőernyő és sport sárkányernyő, beleértve minden tartozékot, kivéve az elektromos kerékpárokat, elektromos rollereket;
- általánosságban fokozott veszéllyel járó vagy extrémnek nevezett sportok kapcsán használt eszközök, felszerelések;
- távközlési berendezés vagy más kommunikációs eszköz, számítógépes rendszer, program, szoftver, elektronikus kereskedelem, adatok, információforrások, mikrochipek, integrált áramkörök vagy hasonló eszközök számítógépes vagy más elektronikus berendezésekben.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.22. Általános felelősségbiztosítás

A felelősségbiztosítás fedezi a Biztosított személy, vagy háziállata (amelynek a Biztosított a törvényes tulajdonosa) által véletlenül okozott személyi sérüléssel, vagy dologi károkat, melyeket Európa földrajzi területén okozott, feltéve, hogy azokért, mint károkozó a magyar polgári jog szabályai szerint szerződésen kívüli kártérítési felelősséggel tartozik.



BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Biztosítottat terhelő jogi képviseleti költségeket és a kamatokat akkor is biztosítási összeg erejéig, legfeljebb annak mértékéig téríti a Biztosító, ha ezek a kártérítési összeggel együtt a biztosítási összeget meghaladják.

A 18. életévüket már betöltött, de a 81. életévüket még be nem töltött személyek lehetnek Biztosítottak.

A felelősségbiztosítás keretében a Biztosítottnak joga van arra, hogy a károsultnak megtérítse a Biztosítóval a személyi sérüléssel, dologi kárral kapcsolatos kártérítési igényeket, valamint a polgári peres eljárás költségeit, beleértve a jogi képviselet költségeit is, amelyeket a Biztosított köteles megtéríteni a károsultnak, és amelyeket a Biztosító előzetesen írásban jóváhagyott.

A biztosítási szolgáltatást elsősorban a kár mértéke, a károsodott, megsemmisült tárgyak, épületek vagy azok alkotóelemeinek értéke és kora alapján határozzuk meg, a limitektől függően.

A Biztosító szolgáltatását a károsultnak teljesítheti. A Biztosított akkor követelheti, hogy a Biztosító neki teljesítsen, ha a Károsult követelését ő egyenlítette ki. Ebben az esetben ezt a kártérítést igazolni kell a Biztosító felé (pl. számlakivonat a banki utalásról).

Ha a Biztosított a vele szemben támasztott kártérítési igények miatti felelősségét vagy összecszerű helytállási kötelezettsége mértékét nyilvánvalóan megalapozatlanul vitatja, a Biztosító jogosult a károsultnak teljesíteni. Az alapítvány tagadás többletköltségei a Biztosítottat terhelik; ha azokat a Biztosító viselte, a Biztosított azokat neki visszafizetni tartozik.

A károsult kártérítési igényének a biztosított által történt elismerése, teljesítése és az azzal kapcsolatos egyezsége a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha ahhoz a Biztosító előzetesen hozzájárult vagy azt utólag tudomásul vette.

Nem hivatkozhat a Biztosító arra, hogy a károsult követelésének a biztosított által történt elismerése, teljesítése vagy az azzal kapcsolatos egyezsége vele szemben hatálytalan, ha a követelés nyilvánvalóan megalapozott. A Biztosított bírósági marasztalása a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha a Biztosító a perben részt vett, a Biztosított képviseléről gondoskodott vagy ezekről lemondott.

A Biztosítottak kötelezettségei:

- **kárenyhítési kötelezettség;**
- **a Biztosítottnak fel kell vennie a kapcsolatot a rendőrséggel, ha a káresemény kapcsán bűncselekmény történt vagy történhetett;**
- **a Biztosítottnak haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül értesítenie kell a Biztosítót a kárról, és a valóságnak megfelelően és teljeskörűen meg kell adnia a kár minden körülményét, a kár mértékét és következményeit;**
- **a Biztosított köteles továbbá lehetővé tenni a Biztosító részére, hogy részt vehessen az ellene indított peres eljárásokban, hogy a Biztosító vagy jogi képviselője részt vehessen az ilyen peres eljárásokban, és hogy a Biztosított megadja a Biztosítónak minden segítséget, információt, dokumentumot, idézést és ítéletet, amely a Biztosítottal szemben a kárral kapcsolatban támasztott bármely követeléssel kapcsolatos;**
- **a Biztosított nem ígérhet, nem ajánlhat fel, nem köthet semmilyen egyezségi megállapodást, és nem nyújthat semmilyen kompenzációt a Biztosító előzetes beleegyezése nélkül.**



A biztosítási fedezet kiterjed:

A biztosítást fedezet kiterjed, ha a Biztosított magánemberként, nem üzletszerű tevékenysége során véletlenül olyan kárt okoz, amelyért a magyar polgári jog szabályai szerint szerződésen kívüli kártérítési felelősséggel tartozik, és kártérítési igényt támasztanak vele szemben.

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 személynek okozott kár;
- b) a Biztosított személy rokonainak, családtagjainak, alkalmazottainak okozott károk;
- c) a Biztosított vagy a Biztosított családtagja, rokona, alkalmazottja vagy munkáltatója tulajdonában, kezelésében vagy birtokában lévő vagyontárgyakban bekövetkezett tényleges károk;
- d) egy olyan gazdasági társaságnak okozott kár, amelyben a Biztosított tulajdonosi érdekeltséggel rendelkezik;
- e) a fertőző emberi, állati vagy növényi betegség behurcolása vagy terjedése által okozott kár;
- f) a környezetnek okozott kár vagy ökológiai károkból álló kár;
- g) sérelemdíj (a személyiségi jogok megsértése miatt);
- h) pénzbírságok, büntetések vagy egyéb büntető, megelőző vagy példamutató jellegű kifizetések;
- i) nettó (tiszt) pénzügyi veszteség, amely alatt olyan veszteséget értünk, amely a vagyoni vagy egészségkárosodás nélkül keletkezik; következményes pénzügyi veszteségek, elmaradt haszon;
- j) üzemi balesetből vagy foglalkozási megbetegedésből, kereskedelmi, szakmai, üzleti vagy egyéb jövedelemszerző tevékenység gyakorlásából eredő károk, vagy az ilyen célokra vásárolt és használt vagyontárgyakban bekövetkezett károkért való felelősség;
- k) az előírt üzemeltetés, karbantartás elmulasztása vagy a technológiai eljárás be nem tartása;
- l) a szabadalmi, szerzői, védjegy-, formatervezési minta- vagy kereskedelmi névjogok jogosulatlan nyilvánosságra hozatala vagy megsértése által okozott károk;
- m) olyan anyagok használatából, értékesítéséből, gyártásából, szállításából, karbantartásából vagy egyéb kezeléséből eredő károk, amelyek a tartózkodási hely/a Biztosított tartózkodási helye szerinti ország törvényei szerint tilosak;
- n) a szoftverekkel, adatokkal, elektronikus kommunikációval és internetes szolgáltatásokkal kapcsolatos károk;
- o) hang-, kép- vagy adathordozón rögzített felvételek megsemmisülése, károsodása vagy eltűnése;
- p) tárgyak elvesztésével okozott károk;
- q) a kölcsönzött, bérelt dolgokon keletkezett károk;
- r) fegyverek, pirotechnikai eszközök, robbanóanyagok, veszélyes vegyi anyagok vagy veszélyes hulladékok tulajdonlásával, karbantartásával, kezelésével vagy használatával kapcsolatos károk;
- s) a katonai, rendőri vagy légi foglalkozás gyakorlása, illetve a vadászati jog gyakorlása, valamint az erre való felkészülés;
- t) földterület vagy épületek használata, vagy tulajdonjoga;
- u) az ingó vagy ingatlan vagyontárgyak hosszú távú használatból eredő szokásos elhasználódása;
- v) más biztosítás által fedezett vagy jogszabály által kötelezően biztosítandó károk (a Biztosított vagy a Károsult által kötött) felelősségbiztosítás;
- w) bármilyen gépjármű és eszköz, pótkocsi, félpótkocsi, bármilyen hajó és légi jármű, bármilyen típusú ejtőernyő és sport légieszköz, beleértve minden tartozékát; elektromos robogó, drón, elektromos lebegő, segway és más hasonló használatú berendezés használata által okozott károk;
- x) a szervezett sporttevékenységekkel, a hivatásos sporttevékenységekkel és az azokra való felkészüléssel/edzéssel kapcsolatos károk;
- y) a sporttevékenység során az üzemeltetési szabályok megsértésével okozott károk;



- z)** bármely harcművészetben, motoros és motorcsónakos sportban, légisportban, hegy- és sziklamászásban, barlangászatban, freedivingban, bungee jumpingban, lovaglásban, síelésben és snowboardozásban a kijelölt sítályákon kívül (off-slope riding), valamint egyéb, általában adrenalin- vagy extrémnek minősülő sportokban való részvétel, azok gyakorlása vagy gyakorlása által okozott károk, kivéve, ha a biztosítási kötvényben másként nem állapodtak meg;
- aa)** a szerződésben vállalt vagy a törvényes korlátokat meghaladó felelősség, bíróság vagy más hatóság által kiszabott bírságok.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbi, háziállatokkal kapcsolatos károkra nem terjed ki:

- a)** az előző tulajdonos vagy a menhely utasításainak a Háziállat viselkedésére vonatkozó utasításainak vagy az állatorvos utasításainak be nem tartása miatt;
- b)** a biztosított vagy a kedvtelésből tartott állatot őrző személy olyan mulasztása miatt, amely a kárt megelőzhette volna;
- c)** az alábbi fajták és keresztezéseik kutyája: amerikai bulldog, amerikai staffordshire terrier, angol masztiff, dán dog, bordeaux-i dog, brazil fila, bullmasztiff, bullterrier, olasz corso, nápolyi masztiff, perro de presa mallorquin, pitbull bandog, presa canario, staffordshire bullterrier, spanyol masztiff;
- d)** farkasok vagy farkasokkal való keresztezések;
- e)** kutyaviadal, verseny, vadászat, kiállítás, verseny vagy hasonló sporttevékenység során;
- f)** olyan betegségek, amelyek ellen a háziállatot be kell oltani.

Korlátozások:

A biztosítási fedezet 18-80 év között érvényes.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.23. Kulcsvédelem

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

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/újra-programozásával kapcsolatos költségeket, amennyiben:

- a)** a Biztosított állandó lakóhelyéhez tartozó kulcsot és/vagy a járművének kulcsát ellopták (Lopás), vagy a Biztosított elveszítette;
- 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.

A Biztosító, a Várakozási időszak lejártát követő első naptól bekövetkező térítésköteles biztosítási eseményekkel kapcsolatban szolgáltatathat.



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 időszak alatt bekövetkező károkra.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.24. Táska-, 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.

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

A Biztosító, a Várakozási időszak lejártát követő első naptól bekövetkező térítésköteles biztosítási eseményekkel kapcsolatban szolgáltatathat.

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, élősködők, 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;**
- i) a Várakozási időszak alatt bekövetkező károokra.**

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.25. 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.

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;
- adóigazolvány
- lakcímkártya;
- útlevel;
- jogosítvány;
- forgalmi engedély.

A Biztosító, a Várakozási időszak lejártát követő első naptól bekövetkező térítésköteles biztosítási eseményekkel kapcsolatban szolgáltatathat.

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 károokra;**
- b) a személyazonosságot igazoló hatósági okmányok ellopása vagy visszaélészerű használata miatti Személyazonosság-lopással kapcsolatos költségekre;**
- c) a Várakozási időszak alatt bekövetkező károokra.**

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.



4.26. 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.

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 lakatosszolgálatnak a költségeit.

A Biztosító megtéríti az azonos típusú és költségű kulcsok és zárok cseréjének költségeit, amelyek a járműhöz tartozó zárok és kulcsok cseréjéhez/újra-programozásához/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.

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.

A Biztosító, a Várakozási időszak lejártát követő első naptól bekövetkező térítésköteles biztosítási eseményekkel kapcsolatban szolgáltatathat.

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 károkra.

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.



4.27. Otthonvédelem

Amennyiben a Biztosított ingóságai Természeti katasztrófa vagy Vízszivárgás miatt megsérülnek, megrongálódnak vagy ellopnak 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.

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 ellopnak (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 károkra. 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.

A Biztosító, a Várakozási időszak lejártát követő első naptól bekövetkező térítésköteles biztosítási eseményekkel kapcsolatban szolgáltatathat.

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:

a) a Várakozási időszak alatt bekövetkező károkra.

Korlátozások:

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

A fedezet nem terjeszthető ki Gyermekek Biztosítottokra.

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.



4.28. 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.

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 kísérnie 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 Biztosítási kötvényen 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.



4.29. Sportfelszerelések védelme

A Biztosító megtéríti a Biztosított személy saját sportfelszerelésében keletkezett kárt a Biztosítási kötvényen meghatározott Biztosítási összeg mértékéig, amennyiben a Biztosított személy térítésköteles baleseti jellegű biztosítási eseményt szenvedett.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

Ez a fedezet kifejezetten azokra a sportfelszerelésekre és ruházatra vonatkozik, amelyeket a Biztosított kizárólag amatőr és/vagy hobbisportolóként sportoláshoz használ.

A Biztosító az alábbiak alapján nyújt szolgáltatást:

- a Biztosító a javítási költséget téríti, amennyiben a sportfelszerelés megsérült és javítható, ha a javítás költsége nem haladja meg a sportfelszerelés újrabeszerezési értékét; vagy
- a Biztosító a sportfelszerelés újrabeszerezési értékét téríti, amennyiben a sportfelszerelés nem javítható, vagy a javítás meghaladja a sportfelszerelés újrabeszerezési értékét. Ebben az esetben a sportfelszereléshez leginkább hasonló és műszaki specifikációjú új termék árával megegyező összeget térít a Biztosító;
- a Biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg a Biztosítási kötvényen feltüntetett Biztosítási összeget.

A Biztosító nem szolgáltat csak esztétikai sérülésekkel kapcsolatos költségeket, mely sérülések a normál használatot nem befolyásolják.

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 hivatásos és/vagy félprofesszionális sporttevékenység, edzés vagy felkészülés során használt felszerelés;
- tűz, víz által okozott kár, kivéve, ha a kár oka testi sérüléssel járó baleset volt,
- normál elhasználódás, gyártási hibák, paraziták, rovarok, tisztítás vagy javítás;
- a sportfelszerelések nem rendeltetésszerű használata;
- karcolások, kisebb repedések, amelyek nem befolyásolják a termék funkcióját;
- lopás vagy elvesztés;
- nem sportoláshoz használt értéktárgyak;
- a személyi sérüléssel járó balesettől eltérő okból bekövetkezett kár;
- a szándékos károkozás;
- a javítás vagy karbantartás elvégzésével okozott károkat;
- bármilyen gépjármű és eszköz, pótkocsi, félpótkocsi, bármilyen hajó és légi jármű, drón, bármilyen ejtőernyő és sport sárkány, beleértve minden tartozékot, kivéve az elektromos kerékpárokat, elektromos rollereket;
- A kockázatosnak, adrenalinnak vagy extrémnek nevezett sportok során/hoz használt sportfelszerelések;
- távközlési berendezés vagy más kommunikációs eszköz, számítógépes rendszer, program, szoftver, adatok, információforrások, mikrochipek, integrált áramkörök vagy hasonló eszközök számítógépes vagy más elektronikus berendezésekben;
- a gyártó vagy a kereskedő által nyújtott garancia által fedezett károk;
- bármilyen más tárgyat, kivéve az általunk sportfelszerelésnek tekintett tárgyakat.



Korlátozások:

Ugyanazon Balesetből, vagy kapcsolódó Balesetekből eredő több darab sportfelszerelés sérülése esetén a szolgáltatási összegek összeadódnak, azonban a káreseményenként és évenként a teljes szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a Biztosítási kötvényen feltüntetett teljes Biztosítási összeget.

A Biztosító nem szolgáltat, csak esztétikai sérülésekkel kapcsolatos költségeket, mely sérülések a normál használatot nem befolyásolják.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

4.30. Daganatos megbetegedés diagnosztizálása

Amennyiben a Biztosítottnál a várakozási időszak lejártá után először diagnosztizálnak daganatos betegséget, a Biztosító a Daganatos megbetegedés súlyosságától függően egyösszegű térítést nyújt, feltéve, hogy ez a Diagnózis a Biztosítási kötvényben meghatározott Daganatos megbetegedések csoportjába tartozik.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Daganatos megbetegedés Diagnózisát Szövettani vizsgálattal kell igazolni, és tartalmaznia kell a Biztosított személy Betegségének kódját és nevét az ICD/BNO besorolás szerint.

A biztosítási fedezet alá tartozó Daganatos megbetegedések Diagnózisának listája az Értékelési táblázatban található, az ICD/BNO szerinti diagnóziskódok alapján.

A Biztosító, a Várakozási időszak lejártát követő, első naptól bekövetkező térítésköteles biztosítási eseményekkel kapcsolatban szolgáltatathat.

A Daganatos megbetegedések típusainak csoportjai, amelyeket a Biztosított választhat:

1. Rosszindulatú daganatok és egyes agyi jóindulatú daganatok

Ebbe a csoportba tartozik minden rosszindulatú daganat, amelyet a C00-C97 diagnóziskódokkal látnak el, kivéve a 2. csoportba tartozó rosszindulatú daganatokat. Az agy neurosebészeti eltávolítást igénylő szelektált jóindulatú daganatai a D32, D33 diagnóziskódokkal tartoznak ebbe a csoportba.

2. Egyes rosszindulatú daganatok

Ebbe a csoportba tartoznak az alábbi rosszindulatú daganatos megbetegedések:

- ✓ A bőr rosszindulatú melanómája (C43) a *TNM* szerinti T1N0M0 stádiumban (nem hatol át a hámrétegen);
- ✓ A bőr egyéb rosszindulatú daganatai (C44);
- ✓ A prosztata rosszindulatú daganata (C61) a *TNM* szerinti T2N0M0-nál kisebb stádiumban;
- ✓ Pajzsmirigy rosszindulatú daganata (C73) - papilláris vagy follikuláris pajzsmirigyrák a *TNM* szerinti T2N0M0 stádium alatt;
- ✓ úgynevezett in situ karcinómák, amelyeket a D00-D09 diagnóziskódokkal látnak el.

4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



Ha a Biztosítottnál olyan rosszindulatú daganatos megbetegedést diagnosztizálnak, amely szerepel az Értékelési táblázatban, akkor a Diagnózisra vonatkozó Biztosítási összeg egy bizonyos százalékát fizeti ki a Biztosító, attól függően, hogy az milyen csoportba tartozik. Az adott csoportra vonatkozóan, csak egyszeri alkalommal térít a Biztosító.

A Biztosítási esemény időpontja az a nap, amikor a Daganatos megbetegedést első alkalommal diagnosztizálta egy Szakorvos, például onkológus vagy a daganatos betegség gyógyításában jártas és tapasztalt Szakorvos. A Biztosító szolgáltatásához szövettani lelettel szükséges igazolni a Daganatos megbetegedés tényét. (A biztosítási esemény időpontja = a Szakorvos által felállított Diagnózis időpontja.)

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

Ha a Biztosítottnál az 1. csoportba tartozó Daganatos megbetegedést diagnosztizálnak, a Biztosítási kötvényen meghatározott Biztosítási összeg egy meghatározott százalékát fizeti ki a Biztosító, és a Biztosított Diagnózisára vonatkozó biztosítási fedezet a kártérítés kifizetésének napján megszűnik.

Ha a Biztosítottnál az 2. csoportba tartozó Daganatos megbetegedést diagnosztizálnak, és ez a csoport szerepel a Biztosítási kötvényen, akkor a Biztosítási kötvényen meghatározott Biztosítási összeg egy meghatározott százalékát fizeti ki a Biztosító, és a kártérítés kifizetésének napján megszüntetésre kerül a 2. csoportra vonatkozó Daganatos megbetegedés fedezet.

A „Daganatos megbetegedés diagnosztizálása” fedezet mindaddig fennáll, amíg legalább egy daganatos megbetegedés csoport fennáll - azaz az adott csoporttal kapcsolatban nem történt kárkifizetés-, vagy a Biztosítási szerződés meg nem szűnik a jelen Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztató 3.9. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGSZŪNÉSÉNEK ÉS MEGSZŪNTETÉSÉNEK ESETEI szakaszban meghatározott okok miatt.

A Biztosító jogosult a kezelőorvos által választott ICD/BNO-kódot a zárójelentés alapján felülvizsgálni, mely felülvizsgálatot **a Biztosító által megbízott orvosszakértő végez.**

A Biztosítási szerződés módosításával kapcsolatban az alábbi feltételek alkalmazza a Biztosító, a jelen Biztosítási feltételek és Ügyféltájékoztató 3.6. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA szakaszban foglaltakon túl:

- a)** az új Biztosítási összeg a módosítási kérelmet követő biztosítási hónap első napjától hatályos, feltéve, hogy az új biztosítási díj az esedékességig befizetésre kerül;
- b)** a Biztosító a „Daganatos megbetegedés diagnosztizálása” fedezettel kapcsolatban Várakozási időszakot alkalmaz. Amennyiben a várakozási időszak alatt káresemény következik be, a biztosítási fedezetet a változás előtt hatályos feltételek szerint nyújtja a Biztosító, és visszatéríti a befizetett díjnak azt a részét, amely a változásra vonatkozó díjnak felel meg;
- c)** a Biztosítási összeg nem növelhető, amennyiben a kártérítési összeg kifizetésre került;
- d)** a Biztosítási összeg változása a biztosítási díj változását eredményezi.

A biztosítási összeg megemelése előtt, a Biztosító további információkat kérhet a Biztosított egészségi állapotáról, beleértve az orvosi feljegyzéseket is.

ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

A kárigény elbírálásához szükséges Értékelési táblázatot a jelen Biztosítási feltételek 3. számú melléklete tartalmazza.

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:

- ha a Daganatos megbetegedés Diagnózisát nem állapította meg olyan Szakorvos, például onkológus vagy a daganatos megbetegedés kezelésére képzett és tapasztalt egyéb Szakorvos;
- születési rendellenességek és betegségek;
- ha a Daganatos megbetegedés az alkohol, függőséget okozó vagy kábító hatású anyagok, nem Orvos által felírt gyógyszerek túlzott használatával áll összefüggésben;
- a Daganatos megbetegedés Értékelési táblázatban nem szereplő Diagnózisok típusai;
- ha a Biztosított elmulasztja az alábbiakat:
 - Orvoshoz fordulni annak ellenére, hogy a megromlott egészségi állapotra utaló, általánosan elterjedt tüneteket tapasztal, mint például: megmagyarázhatatlan fogyás, fáradtság vagy tartós gyengeség, nem múló fájdalom vagy kellemetlenség, bőrelváltozások, például sötétedés, sárgulás vagy bőrpír, a bél- vagy hólyagszokások megváltozása, tartós köhögés vagy rekedtség, nyelési nehézség vagy tartós emésztési zavar, anyajegy vagy szemölcs változása, szokatlan vérzés vagy folyás, a bőr vagy az alatta lévő szövetek csomói vagy megvastagodása;
 - nem követi a kezelőorvos ajánlásait és/vagy visszautasítja a szakorvosi kezelést.

Nem biztosítható személyek:

- akiknél Daganatos megbetegedést diagnosztizáltak, vagy akiket pozitívan teszteltek Daganatos megbetegedésre, vagy felmerült a Daganatos megbetegedés gyanúja (tünetek, orvosi vizsgálati eredmények vagy laboratóriumi eredmények alapján, pl. pozitív rákcitológia, emelkedett PSA; és/vagy akiknél a Biztosítási szerződés megkötése előtt, vagy a várakozási időszak alatt pozitív AIDS és/vagy HIV teszt eredményt mutattak ki;
- akinél a felsorolt betegségek bármelyikével diagnosztizálták a Biztosítási szerződés megkötése előtt vagy a Várakozási időszak alatt:
 - policisztás vesebetegség;
 - vastagbél polipóza;
 - Crohn-betegség;
 - fekélyes vastagbélgyulladás;
 - krónikus hepatitis;
 - májzsugor;
 - jóindulatú emlőelváltozás/betegség;
 - azbesztózis, szilikózis.

Ha a Biztosított a Biztosítási szerződés megkötésekor vagy a Várakozási időszakon belül nem volt biztosítható személy, a biztosítási szolgáltatásokra való jogosultsága nem keletkezik. A Daganatos megbetegedés diagnosztizálása fedezet vagy a biztosításnak a Biztosítási összeg növekedésének megfelelő része a Biztosítási szerződés kezdetére visszamenőleges hatállyal megszűnik, a Biztosító a befizetett Biztosítási díjat visszafizeti a Biztosított részére.

Korlátozások:

Amennyiben a Biztosított betöltötte 60. életévét, jelen biztosítási fedezet nem köthető részére. A biztosítás megszűnik a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor.

KÁRRENDEZÉSHEZ ÉS A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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





4.31. Kritikus betegség diagnosztizálása

Amennyiben a Biztosítottnál első alkalommal diagnosztizálják a feltételben meghatározott Kritikus betegségek valamelyikét, a Biztosító a Betegség súlyosságától függően egyösszegű kifizetést nyújt a Biztosítási kötvényen meghatározott Biztosítási összegnek megfelelően.

A Kritikus betegségek közé tartoznak a szív- és érrendszeri Betegségek, a főbb szervek elégtelensége, a neurológiai betegségek, a fertőzések.

A Biztosító a fentiekben fel nem sorolt Kritikus betegségekre is nyújt biztosítási fedezetet. A fel nem sorolt Kritikus betegségek esetén a Biztosító az alapján állapítja meg a Szolgáltatási összeget, hogy a Biztosított hány féle alapvető életszükségletet nem tud ellátni a jelen Biztosítási feltételek és Ügyféléltájékoztatóban felsoroltak közül.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

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

A Biztosítási esemény időpontja az a nap, amikor a Kritikus betegséget első alkalommal diagnosztizálta egy Szakorvos, például kardiológus, neurológus, gasztroenterológus vagy olyan Szakorvos, aki képesítéssel és tapasztalattal rendelkezik az adott Kritikus betegség kezelésére vonatkozóan (a biztosítási esemény időpontja = a Szakorvos által felállított Diagnózis időpontja).

A Biztosító, a Várakozási időszak lejártát követő első naptól bekövetkező térítésköteles biztosítási eseményekkel kapcsolatban szolgáltatathat.

A biztosítás által fedezett kritikus betegségek típusainak csoportjai:

1. Szív- és érrendszeri betegségek:

- szívroham;
- stroke.

2. Létfontosságú szervekkel és funkciókkal kapcsolatos Kritikus betegségek (kivételesen szív- és érrendszeri betegségek):

- a szíven kívüli létfontosságú szervek (máj, vese, tüdő) elégtelensége;
- létfontosságú szervátültetés szükségessége - szív, tüdő, máj, vese, hasnyálmirigy, teljes csontvelő.

3. Idegrendszer betegségei:

- Sclerosis multiplex;
- Alzheimer-kór;
- Amyotrófiás laterális szklerózis;
- Parkinson-kór.

4. Fertőzések:

- Kullancs-encephalitis / agyhártyagyulladás;
- Encephalitis és agyhártyagyulladás;
- Járványos gyermekbénulás.

5. Egyéb Kritikus betegségek

- Az 1-4. csoportban fel nem sorolt vagy ki nem zárt Betegségek, amelyekre a Biztosító a kártérítést az Alapvető életszükségletek ellátására való képtelenség alapján téríti:
 - amennyiben a Biztosított legalább 3 alapvető életszükségletet nem tud ellátni;
 - amennyiben a Biztosított legalább 5 alapvető életszükségletet nem tud ellátni;
 - amennyiben a Biztosított legalább 6 alapvető életszükségletet nem tud ellátni.



Alapvető életszükségletek

A Biztosító a következő 10 mindennapi élettevékenységet tekinti alapvető életszükségletnek:

- 1. Mozgás, mozgáskordináció:** járás, ülés, felállás, állás;
- 2. Tájékozódás:** tájékozódás hallás- és látás alapján, tájékozódás időben és térben;
- 3. Kommunikáció:** kommunikáció, megértés (szóbeli/írásbeli);
- 4. Étkezés:** ital- és étel kiválasztása, ital- és étel adagolása, meghatározott étrend betartása;
- 5. Öltözködés és cipőfelvétel:** a ruhák- és cipő kiválasztása, fel- és levétele;
- 6. Fizikai higiénia:** mosakodás, fésülködés, szájápolás;
- 7. Fiziológiai szükségletek teljesítése:** időben történő WC-használat stb.;
- 8. Egészségügyi ellátás:** a kezelési rend betartása, a gyógyszerek- és a szükséges segédeszközök rendeltetésszerű használata;
- 9. Személyes tevékenységek:** (életkornak- és környezetnek megfelelő napi rutin);
- 10. Háztartási gondozás (csak 18 év felett):** pénzkezelés, napi szükségletek kezelése, rutinbevásárlás.

Amennyiben az orvosi dokumentumok nem tartalmaznak információt az „Alapvető életszükségletek”-kel kapcsolatban, a Biztosító megbízásából eljáró orvosszakértő által kiadott Diagnózis/vélemény alapján szolgáltat.

A Biztosító, a Biztosítási kötvényben megállapított biztosítási összeg 100%-át fizeti ki minden egyes Kritikus betegség csoportra vonatkozóan, amennyiben a Biztosítottnál Kritikus betegséget diagnosztizáltak. A maximális kifizetés a Biztosítási kötvényben megállapított biztosítási összeg 500%-a, amennyiben a Biztosítottnál minden egyes Kritikus betegség csoportra vonatkozóan, Kritikus betegséget diagnosztizáltak.

A Kritikus betegség fedezet mindaddig fennáll, amíg legalább egy Kritikus betegség csoport esetén a 100%-os Biztosítási összeg nem került kifizetésre.

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.

- ha a Kritikus betegség Diagnózisát nem állapította meg olyan Szakorvos, például kardiológus, neurológus, gasztroenterológus vagy olyan egyéb Szakorvos, aki képesítéssel és tapasztalattal rendelkezik az adott Kritikus betegség kezelésére;
- ha a Kritikus betegség az alkohol, függőséget okozó vagy kábító hatású anyagok, nem Orvos által felírt gyógyszerek túlzott használatával függ össze;
- a Kritikus betegedés Értékelési táblázatában nem szereplő Diagnózisok típusai;
- mentális zavar vagy viselkedési zavar (az ICD/BNO szerint F00-F99 Diagnózisok);
- olyan, a Biztosítóval veleszületett Betegségek, amelyeknek nem voltak tünetei, (akár diagnosztizáltak, akár nem), és amelyek általános tünetei nem jelentkeztek a Biztosítási szerződés megkötése előtt;
- Olyan Kritikus betegség, amelyet közvetlenül vagy közvetve a következők okoztak: súlyos gondatlanság, súlyos kötelességszegés vagy törvénytörés a Biztosított részéről;
- Baleset következtében kialakuló Kritikus betegségek;
- ha a Biztosított elmulasztja az alábbiakat:
 - Orvoshoz fordulni annak ellenére, hogy az adott Kritikus betegségre vonatkozó, általánosan elterjedt, romló egészségi állapotra utaló tüneteket tapasztal;
 - nem követi a kezelőorvos ajánlásait és/vagy visszautasítja a szakorvosi kezelést.



Nem biztosítható személyek:

- akiknél policisztás vesebetegséget, vastagbél polipózist, gyulladós bélbetegséget (Crohn-betegség vagy fekélyes vastagbélgyulladás), a krónikus hepatitis (sárgaság) és a májzsugor bármely formáját, Barrett-nyelőcsőbetegséget diagnosztizáltak vagy pozitív a tesztjük, szervátültetés, szklerózis multiplex, szisztémás lupus erythematosus, basalioma, azbesztózis, szilikózis, vagy a Várakozási időszak alatt AIDS és/vagy HIV pozitív eredményt mutatott ki;
- akiknél a következő tüneteket tapasztalták vagy egyéb kezelést kaptak, amelyekkel a biztosítás hatálybalépése előtt vagy a várakozási időszak alatt Orvoshoz fordultak: csökkent vagy teljes érzékelésvesztés, bizsergés a végtagokban vagy az arcon, csökkent vagy elvesztett izomerő, homályos vagy kettős látás, amely szemüveggel vagy kontaktlencsével nem korrigálható;
- akiknél a következő betegségeket diagnosztizálták, vagy akiket pozitívan teszteltek: Szívkoszorúér-betegség (angina), szívinfarktus, kezelést igénylő szívritmuszavar, szívzörej, reumás láz, szívelégtelenség, szívbetegség vagy szívműtét bármely más formája, iszkémiás stroke, beleértve a TIA-t vagy a vérzéses stroke-ot (agyvérzés), ezt követő afázia/alexia/agraphia (beszéd/olvasás/írás képtelenség), vagy az epilepszia vagy bénulás bármely formája a Biztosítási szerződés megkötése előtt vagy a várakozási időszak alatt;
- akiknél daganatos megbetegedést diagnosztizáltak, vagy akiket pozitívan teszteltek daganatos megbetegedésre, vagy akiknél daganatos megbetegedés gyanúja merült fel (tünetek, orvosi vizsgálati eredmények vagy laboratóriumi eredmények alapján, pl. pozitív rákcitológia, emelkedett PSA; a Biztosítási szerződés megkötése előtt vagy a Várakozási időszak alatt.

Ha a Biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor vagy a várakozási időszakon belül nem volt biztosítható személy, a biztosítási szolgáltatásokra való jogosultsága nem keletkezik. A Kritikus betegség fedezet vagy a biztosításnak a biztosítási összeg növekedésének megfelelő része a Biztosítási szerződés kezdetére visszamenőleges hatállyal megszűnik, a Biztosító a befizetett Biztosítási díjat visszafizeti a Biztosított részére.

Korlátozások:

Jelen biztosítási fedezet 18 éves kortól köthető, amennyiben a Biztosított betöltötte 60. életévét, ezen biztosítási fedezet nem köthető részére. A biztosítás megszűnik a Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulókor.

**KRITIKUS BETEGSÉG ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT****1. CSOPORT – Szív- és érrendszeri betegségek**

DIAGNÓZIS / SZOLGÁLTATÁS	FELTÉTELEK
Szívroham / 100%	<p>Mire terjed ki a biztosítás? Szívroham egyértelmű Diagnózisára, melyet Szakorvos megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a szívet ért jellegzetes elváltozások, melyek kimutathatók elektrokardiográfiás- vagy egyéb képalkotó diagnosztikai eszközökkel; • a szívspecifikus biokémiai markerek, például a troponinok vagy enzimek jellegzetes emelkedése, amelyeknek legalább a következő szinteken kell lenniük: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Troponin T 1,0 ng/ml felett ◦ AccuTnl 0,5 ng/ml ÉRTÉK felett, vagy ezzel egyenértékű Troponin I küszöbérték; • a Diagnózisnak egyértelműen akut szívinfarktust kell igazolnia. <p>Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • egyéb akut koszorúér-szindrómák; • Angina pectoris (angina pectoris) szívinfarktus nélkül; • infarktus nélküli szívizomsérülés; • ha a szív- és érrendszeri megbetegedés oka valamilyen már meglévő betegség vagy kezeletlen magas vérnyomás, cukorbetegség vagy magas koleszterinszint.
Stroke /100%	<p>Mire terjed ki a biztosítás? Stroke egyértelmű Diagnózisára, melyet Szakorvos megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételeknek mindegyikének teljesülnie kell:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a koponyán belüli elégtelen vérellátás vagy vérzés miatt bekövetkező agyszöveti elhalás, amely legalább 24 órán át tartó, tartós klinikai tünetekkel járó neurológiai rendelleneséget okoz. <p>Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • átmeneti iszkémiás roham („mini stroke”), mivel a tünetek 24 órán belül megszűnnek; • a látóideg vagy a retina szövetének elhalása/szemvérzés.



**2. CSOPORT - Létfontosságú szervekkel és funkciókkal kapcsolatos Kritikus betegségek (kivételesen szív- és érrendszeri betegségek)**

DIAGNÓZIS / SZOLGÁLTATÁS	FELTÉTELEK
<p>Létfontosságú szervekkel és funkciókkal kapcsolatos Kritikus betegségek (kivételesen szív- és érrendszeri betegségek) / 100%</p>	<p>Mire terjed ki a biztosítás?</p> <ol style="list-style-type: none"> Májelégtelenség egyértelmű Diagnózisára, melyet Szakorvos megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell: <ul style="list-style-type: none"> • állandó sárgaság; • ascites (hasüregi vízgyülem); • hepaticus encephalopathia (súlyos májbetegség következtében jelentkező agyi károsodás). Veseelégtelenség egyértelmű Diagnózisára, melyet Szakorvos megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell: <ul style="list-style-type: none"> • legalább 3 hónapon át Diagnosztizált, mindkét vese krónikus és végstádiumú működési elégtelensége, amelynek következtében állandóan rendszeres dialízisre van szükség. Tüdőelégtelenség egyértelmű Diagnózisára, melyet Szakorvos megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell: <ul style="list-style-type: none"> • legalább 3 hónapon át Diagnosztizált, hypoxaemia (a vér alacsony oxigénszintje) miatt rendszeres és állandó oxigénkezelésre van szükség; • és legalább 3 hónapon át Diagnosztizált, tüdőfunkció tartós károsodása, amelyet 3 egymást követő hónapban 3 különböző méréssel mért FEV1-vizsgálati eredmények bizonyítanak, és az eredmények tartósan a normális érték 50%-ánál alacsonyabbak. <p>Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • narkotikus vagy pszichotróp gyógyszerek vagy alkohol fogyasztása által okozott májelégtelenség; • akut reverzibilis veseelégtelenség, amely csak átmeneti vesedialízist igényel.
<p>Létfontosságú szerv átültetése / 100%</p>	<p>Mire terjed ki a biztosítás?</p> <p>Más donortól származó transzplantáció, teljes csontvelő-eltávolítás és azt követő emberi csontvelőátültetés, vagy teljes szív, vese, tüdő, hasnyálmirigy, máj vagy májlebeny átültetése, vagy ilyen transzplantációra való hivatalos várólistára való felvétel.</p> <p>A teljes emberi szerv átültetését az orvosi dokumentációban magának a szervnek a korábbi teljes (terminális) működési elégtelenségével kell alátámasztani.</p> <p>Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki: a Biztosító nem térít az alábbiak esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a felsoroltakon kívül bármely más szerv, szervrész, szövet vagy sejt átültetése; • szervadományozás.



3. CSOPORT - Idegrendszer betegségei

DIAGNÓZIS / SZOLGÁLTATÁS	FELTÉTELEK
Sclerosis multiplex /100%	<p>Mire terjed ki a biztosítás? Sclerosis multiplex egyértelmű Diagnózisára, amelyet neurológus megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a sclerosis multiplex Diagnózisát képalkotó módszerekkel kell megerősíteni; • a szklerózis multiplex legalább a 6. szintnek felel meg a nemzetközileg elismert EDSS szklerózis multiplex rokkantsági skálán. <p>Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • olyan esetekre, amikor nincs közvetlen Diagnózis, csak izolált neurológiai szindrómákra utaló jelek.
Alzheimer-kór /100%	<p>Mire terjed ki a biztosítás? Az Alzheimer-kór egyértelmű Diagnózisára, amelyet neurológus geriáter, neuropszichológus vagy pszichiáter megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell:</p> <ul style="list-style-type: none"> • az Alzheimer-kór diagnosztizálására használt szokásos pszichodiagnosztikai tesztekkel és kérdőívekkel bizonyított; • az MMSE-pontszám vagy más neuropszichológiai skála eredményei és a CT- vagy MRI-vizsgálat eredményei alátámasztják; • a betegség következtében az agyműködés elvesztése maradandó és visszafordíthatatlan; • a Biztosított egészségi állapota bizonyítottan megköveteli egy másik személy állandó segítségét és felügyeletét az életvitelhez szükséges legalább 6 Alapvető életszükséglet teljesítésében. <p>Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • egyéb, demenciához hasonló betegségek (pl. depressziós áldemencia); • alkoholfogyasztás és/vagy kábítószer függőség miatti demencia.
Amiotrófiás laterálszklerózis (ALS) /100%	<p>Mire terjed ki a biztosítás? Az Amiotrófiás laterálszklerózis egyértelmű Diagnózisára, melyet neurológus megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell:</p> <ul style="list-style-type: none"> • orvosi dokumentáció, beleértve az agy és a nyaki gerinc EMG- és MRI-felvételeit, valamint szükség esetén a liquor vizsgálatát; • a Biztosított igazoltan nem tudja segítség nélkül elfogyasztani az elkészített ételeket, vagy nem képes önállóan mozogni sík felületen.



DIAGNÓZIS / SZOLGÁLTATÁS	FELTÉTELEK
<p>Parkinson-kór /100%</p>	<p>Mire terjed ki a biztosítás? A Parkinson-kór egyértelmű Diagnózisára, melyet neurológus megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) a Diagnózist komputertomográfias (CT) vagy mágneses rezonancias (MRI) vizsgálattal és L-dopa teszttel igazolják; b) a motoros funkciók igazoltan tartós klinikai károsodása remegéssel, izommerevséggel vagy lelassult szabad mozgással jár; c) a Betegség klinikai súlyossága megfelel a Hoehn és Yahr skála szerinti harmadik vagy magasabb fokú korlátozottság feltételeinek. <p>Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A narkotikus vagy pszichotróp anyagok alkalmazása által okozott Parkinson-kór Diagnózisa

Ha a dokumentáció nem tartalmazza a Hoehn és Yahr-besorolásnak megfelelő adatokat, a Biztosítónak joga van a Biztosító megbízásából eljáró orvosszakértő véleménye alapján elvégezni a besorolást.

Hoehn és Yahr skála

0. nincs jele a Parkinson-kórnak.
1. enyhe egyoldali tünetek jelentkeznek.
2. kétoldali tünetek járászavar (egyensúlyzavar) nélkül.
3. kétoldali tünetek minimális járászavarral.
4. kétoldali tünetek járászavarral.
5. kétoldali tünetek járásképtelenség, ágyhoz kötöttség.



4. CSOPORT - Fertőzések

DIAGNÓZIS / SZOLGÁLTATÁS	FELTÉTELEK
Kullancs – agyhártyagyulladás / 100%	<p>Mire terjed ki a biztosítás? A meningoencephalitis egyértelmű Diagnózisára, melyet neurológus megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell: Az orvosi dokumentációnak az alábbiakat kell tartalmaznia, igazolnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a kullancscsípés előzményei, beleértve a kullancscsípés időpontját; • a kullancscsípést követő 3 hónapon belül jelentkezett gyakori tünetek (például neurológiai, pszichiátriai, bőr- és ízületi tünetek); • a betegséget megfelelően kezelték Kórházban vagy járóbeteg-ellátásban; • laboratóriumi leletek (szérum és/vagy agy-gerincvelői folyadék); • súlyos neurológiai és/vagy pszichiátriai következmények, amelyek egyértelműen és kizárólag a kullancs által okozott agyhártyagyulladásnak tudhatók be, amelyek tartósak és megakadályozzák a Biztosítottat bármilyen jövedelemszerző tevékenység végzésében, vagy amelyek legalább 6 hónapig folyamatosan megakadályozzák a Biztosítottat abban, hogy oktatási intézménybe járjon.
Agyvelőgyulladás (encephalitis) /100%	<p>Mire terjed ki a biztosítás? Az agyvelőgyulladás egyértelmű Diagnózisára, melyet neurológus megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell: Az orvosi dokumentációnak az alábbiakat kell tartalmaznia, igazolnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a betegség súlyos neurológiai következményeket okozott, és a Diagnózis felállításától számított legalább 6 hónapig fennállnak a klinikai tünetek, mint például járási problémák, érzékelési zavarok, dezorientáció, memóriavesztés, látásváltozás, vakság, rohamok.
Bakteriális agyhártyagyulladás (Bacterial meningitis) /100%	<p>Mire terjed ki a biztosítás? Bakteriális agyhártyagyulladás egyértelmű Diagnózisa, amelyet neurológus megerősített. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell: Az orvosi dokumentációnak az alábbiakat kell tartalmaznia, igazolnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a betegség súlyos neurológiai következményeket okozott, és a Diagnózis felállításától számított legalább 6 hónapig fennállnak a klinikai tünetek, mint például agykárosodás, halláskárosodás, tanulási zavarok. <p>Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • agyhártyagyulladás minden más formája, kivéve a bakteriális agyhártyagyuladást, például a vírusos agyhártyagyulladás.



DIAGNÓZIS / SZOLGÁLTATÁS	FELTÉTELEK
Járványos gyermekbénulás (poliomyelitis) /100%	Mire terjed ki a biztosítás? Járványos gyermekbénulás egyértelmű Diagnózisára. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell: <ul style="list-style-type: none"> • laboratóriumi eredményekkel megerősített poliovírus-fertőzés; és annak megerősítése, hogy a betegség tartós és • visszafordíthatatlan neurológiai rendellenességet eredményezett, amely a végtagok tartós és visszafordíthatatlan bénulásaként definiálható.
	Az „5. Kizárások, mentesülések, korlátozások és gazdasági szankciók” szakaszban leírt eseteken túl, a Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbiakra nem terjed ki: <ul style="list-style-type: none"> • amennyiben a biztosított Gyermekek nem kapott megfelelő agyi gyermekbénulás elleni kötelező védőoltást.

5. CSOPORT - Egyéb kritikus betegségek

DIAGNÓZIS	SZOLGÁLTATÁS	MIRE TERJED KI A BIZTOSÍTÁS?	FELTÉTELEK
Egyéb kritikus betegség	30 %	Az 1-4. csoportban fel nem sorolt vagy nem kizárt bármely kritikus betegség Diagnózisa, amely a Biztosított egészségi állapotának bizonyíthatóan olyan mértékű romlását eredményezi, hogy nem tud az alapvető életszükségletek közül legalább hármat ellátni.	A Diagnózist olyan Orvosnak kell megerősítenie, aki az adott kritikus betegség kezelésében képzett és tapasztalt. A Biztosító szolgáltatásához az alábbi feltételek mindegyikének teljesülnie kell: Az orvosi dokumentációnak az alábbiakat kell tartalmaznia, igazolnia: <ul style="list-style-type: none"> • a kritikus betegség a Biztosított alapvető életszükségleteinek kezelésére való tartós képtelenségét eredményezi a Diagnózis felállításától számított legalább 6 hónapig; • a Biztosított egészségi állapota bizonyítottan megköveteli egy másik személy állandó vagy részleges segítségét és felügyeletét legalább a meghatározott számú alapvető életszükséglet teljesítésében; • egy illetékes hatóság által kiadott szakmai vélemény, amely szerint a Biztosított nem képes bizonyos számú Alapvető életszükségletet ellátni; • a tüneteknek legalább 6 hónapig fent kell állnia.
	50 %	Az 1-4. csoportban fel nem sorolt vagy nem kizárt bármely kritikus betegség Diagnózisa, amely a Biztosított egészségi állapotának bizonyíthatóan olyan mértékű romlását eredményezi, hogy nem tud az alapvető életszükségletek közül legalább ötöt ellátni.	
	100 %	Az 1-4. csoportban fel nem sorolt vagy nem kizárt bármely kritikus betegség Diagnózisa, amely a Biztosított egészségi állapotának bizonyíthatóan olyan mértékű romlását eredményezi, hogy nem tud az alapvető életszükségletek közül legalább hatot ellátni.	





4.32. Assistance szolgáltatások

Amennyiben a megkötött biztosítás tartalmaz Assistance szolgáltatást is, annak igénybevételét a 0-24 órában elérhető, +36 1 460 1 460 telefonszámon, Doktor Chat szolgáltatás igénybevétele esetén – előzetes regisztrációt követően – üzenetküldő alkalmazáson keresztül kell jelezni. Az egyes Assistance szolgáltatások igénybevételének módját, főbb tartalmi elemeit és területi hatályát az alábbi táblázat szemlélteti:

Assistance szolgáltatás neve	Assistance szolgáltatás területi hatálya	Assistance szolgáltatás elérhetősége, főbb tartalmi elemei
Telemedicina – Orvosi távkonzultáció	Az egész világ	Üzenetküldő alkalmazáson keresztül, előzetes regisztrációt követően, a nap 24 órájában elérhető orvosi távkonzultációs szolgáltatás.
Második orvosi szakvélemény	Magyarország területe	Telefonon keresztül, a nap 24 órájában elérhető, második orvosi szakvéleményt nyújtó szolgáltatás.
Pszichológiai segítségnyújtás - költségtérítés – Baleset- és Betegség esetén	Magyarország területe	Telefonon, a nap 24 órájában bejelenthető költségtérítési igény, mely a Biztosított lakhelyéhez, munkahelyéhez közeli klinikai pszichológussal folytatott konzultáció, vagy telekonzultáció költségének térítése kapcsán.
CYBER – online tevékenységgel kapcsolatos biztosítási fedezet	Az egész világ	Telefonon kezdeményezhető a szolgáltatás igénybevétele, Pénzügyi felügyelet Távoli informatikai támogatás Elvesztett pénzeszközök visszatérítése
	Magyarország területe	Telefonon a nap 24 órájában kezdeményezhető a szolgáltatás igénybevétele, Pszichológiai segítségnyújtás Informatikai eszközök javítása és kölcsönzése Jogi segítségnyújtás





TELEMEDICINA – ORVOSI TÁVKONZULTÁCIÓ

HOL ÉRVÉNYES A BIZTOSÍTÁS?

A Doctor Chat Assistance platformon keresztül Orvos nyújtja az orvosi távkonzultációs szolgáltatást, mely a nap 24 órájában, a hét minden napján, világszerte elérhető.

MIRE TERJED KI A BIZTOSÍTÁSI FEDEZET?

Amennyiben a Biztosított megbetegedése vagy egészségi állapota miatt orvosi konzultációra szorul, igénybe vehető jelen Orvosi távkonzultáció szolgáltatás.

A Doctor Chat egy üzenetküldésen alapuló szolgáltatás, mely egy csevegőfelületen és az általánosan használt üzenetküldő alkalmazásokon keresztül, előzetes regisztráció után lehetővé teszi a kapcsolatfelvételt egy illetékes Orvossal. Amennyiben adott esemény kapcsán a chaten keresztüli segítségnyújtás lehetséges, az illetékes Orvos, javaslatot tesz a további teendőkre vonatkozóan. A szolgáltatás a nap 24 órájában, az év 365 napján elérhető.

Kiemelendő, hogy a Doctor Chat szolgáltatás Orvosai nem tudnak diagnózist felállítani, illetve válaszaik és ajánlásaik inkább gyakorlati tanácsoknak tekintendők, melyeket a Biztosított saját felelősségére fogad meg. Az esetleges időeltolódás, a fizikai távolság és az orvosi konzultáció szempontjából elengedhetetlen vizsgálat hiányában a Doctor Chat szolgáltatás nem alkalmas akut egészségügyi problémák kezelésére, különösen nem sürgősségi esetek megoldására.

Fedezet	Leírás	Limit / év
Orvosi távkonzultáció	Orvossal folytatott konzultáció (gyógyászati ajánlások)	Korlátlan

HOGYAN MŰKÖDIK A TELEMEDICINA – ORVOSI TÁVKONZULTÁCIÓ?

Jelen fedezet keretein belül a Biztosított személyek részére kínált Doctor Chat szolgáltatás felhasználói regisztráció után vehető igénybe.

A szolgáltatás az általánosan használt üzenetküldő csatornákon (pl. WhatsApp, Telegram) keresztül érhető el, melyet a Biztosított - a rendelkezésre álló lehetőségektől függően - szabadon választhat meg.

A Doctor Chat használata:

1. A Biztosítottnak el kell végeznie az ingyenes regisztrációt a webes felületen. **A regisztrációhoz szükséges link SMS vagy e-mail formájában elküldésre kerül a Biztosított részére.**
2. A Biztosított köteles a regisztrációhoz szükséges adatokat pontosan és teljeskörűen kitölteni. A regisztráció szigorúan személyre szóló és nem átruházható, egy Biztosított egyetlen regisztrációval rendelkezhet.
3. A regisztrációt követően a Biztosított részére e-mailben, SMS-ben vagy a felületen automatikusan megküldésre kerül a kapcsolatfelvételhez szükséges jogosultság.
4. A kapott link átirányítja a Biztosítottat az Abi Global Health weboldalára, melyen kiválasztható a használni kívánt chat alkalmazás. Ezzel az első elküldendő üzenet, mely a személyes kódot tartalmazza, automatikusan megnyílik. A kód elküldésével minden készen áll a szolgáltatás igénybevételéhez.



Figyelem!

- **Vészhelyzet esetén először a helyi mentőszolgálat értesítése szükséges!**
- A Felhasználási Feltételek elfogadása nélkül egyik Szolgáltatásra sem lehetséges a regisztráció.
- Az Orvosokkal megosztott egészségügyi információk szigorúan bizalmasak. Kezelésük a vonatkozó jogszabályok és az orvosi titoktartás előírásai szerint történnek.



MI SZÁMÍT BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYNEK?

A Biztosított egészségi állapotában bekövetkezett olyan hirtelen és előre nem látható változás, mely orvosi konzultációt tesz szükségessé.

MIRE NEM TERJED KI A FEDEZET?

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, Telemedicina szolgáltatásra vonatkozóan:

- Orvos által megállapított vagy elrendelt egészségügyi vészhelyzet esetén;
- pszichés betegségekkel kapcsolatos konzultáció esetén;
- orvosi igazolások felírása;
- munkaképtelenség és annak esetleges meghosszabbítása;
- esztétikai beavatkozásból (beleértve a kozmetikai sebészetet) származó károsodások.

Telemedicina szolgáltatás nem terjed ki az alábbi esetekre:

- a Biztosító előzetes jóváhagyása nélkül felmerült költségekre;
- gyógyszerek, kötszerek és hasonló termékek vásárlására, valamint ezek szállítási költségeire;
- azon helyzetekre, mikor mentőszolgálat és speciális mentési szolgálat beavatkozása szükséges.

MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY

HOL ÉRVÉNYES A BIZTOSÍTÁS?

A második orvosi szakvéleményt helyi vagy külföldi Szakorvos nyújtja az Assistance platformon, telefonos vagy audio-/ videókonferencia formájában. A szolgáltatás a hét minden napján, 24 órában elérhető és Magyarország területén érvényesíthető.

MIRE TERJED KI A BIZTOSÍTÁSI FEDEZET?

Ha a Biztosítottnál Kritikus betegséget vagy Daganatos megbetegedést diagnosztizáltak és további információra vagy alternatív terápiára van szüksége.

Leírás	Limit / év
Második orvosi szakvélemény: helyi vagy külföldi Szakorvos által kiállított írásos dokumentum. Minden további fedezet csak jelen szolgáltatás igénybevétele után érhető el.	1 alkalom
Szállás: amennyiben fenti szakvéleményhez orvosi vizsgálat szükséges, és a vizsgálatot nyújtó intézmény a Biztosított lakhelyétől 50 km-t meghaladó távolságban van, a Biztosító fedezi az indokoltan felmerült szállás költségét.	20.000 Ft / éjszaka, maximum 1 éjszaka
Egészségügyi ellátással kapcsolatos szállítás: Amennyiben a Második orvosi szakorvosi véleményt követően az illetékes Orvos további orvosi kezelést ír elő Biztosított részére, és az egészségügyi intézménybe való eljutás csak taxival, mentővel vagy sofőrszolgálattal lehetséges, a Biztosító fedezi az oda- és visszautazás kapcsán felmerült indokolt költségeket, maximum 100 km (2 x 50 km) távolságig.	1 alkalom
Gyógyászati segédeszközök szállítási költsége: Amennyiben a Második orvosi szakvéleményt felállító Orvos gyógyászati segédeszközt ír fel a Biztosított részére, a Biztosító fedezi a kiszállítás indokolt költségeit. A gyógyászati segédeszközök beszerzési költsége a Biztosítottat terheli.	3 alkalom
Gyógyszerek kiszállítása: Amennyiben a Biztosított mozgásképtelensége miatt az Orvos által felírt alapvető gyógyszereket nem tudja beszerezni, a Biztosító fedezi a gyógyszerek kiszállítási költségeit. A gyógyszerek beszerzési költsége a Biztosítottat terheli.	3 alkalom
Egészségügyi dokumentum fordítása	Maximum 2 oldal



HOGYAN MŰKÖDIK A MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY?

Biztosító a szolgáltatást az Assistance platformon, telefonos vagy audio-/ videókonferencia formájában nyújtja.

1. Lépjen kapcsolatba a Biztosító orvosi platformjával, és kérje a Második orvosi vélemény szolgáltatást!
2. A visszaigazolást követően elküldheti orvosi dokumentációját a Biztosító orvosi platformjának e-mail címére. Korlátlan számú kérdést tehet fel a Biztosító Orvosának.
3. Orvosi platform anonimizálja adatait, és külföldi szakemberrel folytatott konzultáció esetén titkosított e-mailben küldi el a fordító szolgáltatónak.
4. Az Orvos áttekinti a dokumentumokat, és ezek alapján készíti el Második orvosi szakvéleményét.
5. A Második orvosi szakvéleményt helyi szakorvos esetén 10 napon belül, külföldi szakorvos esetén 30 napon belül titkosított e-mail üzenetben küldi el a Biztosító a Biztosított részére.
6. A Második orvosi szakvéleményt készítő Orvosnak pontosító kérdéseket tehet fel a Biztosított.
7. Ha külföldi Orvostól kap Második orvosi szakvéleményt a Biztosított, a Biztosító segítséget nyújthat a kezelés megszervezésében. Ennek költsége a Biztosítottat terheli.



Figyelem!

- **Vészhelyzet esetén először a helyi mentőszolgálat értesítése szükséges!**
- Az Orvosokkal megosztott egészségügyi információk szigorúan bizalmasak. Kezelésük a vonatkozó jogszabályok és az orvosi titoktartás előírásai szerint történnek. a Biztosított közvetlen vagy közvetett azonosításra alkalmatlan statisztikai adatoktól eltekintve semmilyen adat nem kerül továbbításra a Biztosító felé.

Biztosító nem vállal felelősséget:

- információkkal, tanácsokkal, konzultációkkal és általánosságban a Biztosított részére nyújtott Második orvosi szakvélemény szolgáltatással összefüggő visszaélés vagy helytelen értelmezés esetén;
- telefon- és/vagy számítógépes hálózatok meghibásodása vagy megszakadása esetén;
- a Biztosított állapotában, különös tekintettel egészségi állapotában bekövetkező, a Biztosító felé be nem jelentett változás kapcsán;
- vis maior, vagy harmadik félnek betudható események kapcsán.

MI SZÁMÍT BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYNEK?

A Biztosítottnak az első orvosi diagnózis felállítása után, Második orvosi szakvéleményre van szüksége.

MIRE NEM TERJED KI A FEDEZET?

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, Második orvosi szakvélemény szolgáltatásra vonatkozóan:

- orvos által megállapított vagy elrendelt egészségügyi vészhelyzet esetén;
- pszichés betegségekkel kapcsolatos konzultáció esetén;
- orvosi igazolások felírása;
- munkaképtelenség és annak esetleges meghosszabbítása;
- esztétikai beavatkozásból eredő (kozmetikai és plasztikai sebészetet is beleértve) egészségkárosodás esetén.

Második orvosi szakvélemény szolgáltatás nem terjed ki az alábbi esetekre:

- a Biztosító előzetes jóváhagyása nélkül felmerült költségekre;
- gyógyszerek, kötszerek és hasonló termékek vásárlására, valamint ezek szállítási költségeire;
- azon helyzetekre, mikor mentőszolgálat és speciális mentési szolgálat beavatkozása szükséges;
- orvosi berendezések beszerzési, telepítési vagy karbantartási költségeire;
- vérvérvétel vagy annak származékjainak szállítása, a kórházi használatra fenntartott termékek és a különleges tartósítást, különösen a hűtést igénylő termékek- és az olyan termékek szállítása, amelyek Magyarországon nem állnak rendelkezésre;
- a szerződés hatályba lépésének időpontjában már diagnosztizált vagy kezelés alatt álló pszichés betegségek.



PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS - KÖLTSÉGTÉRÍTÉS – BALESET ÉS BETEGSÉG ESETÉN

HOL ÉRVÉNYES A BIZTOSÍTÁS?

Biztosító a Magyarországon igénybe vett szolgáltatásokat a Szolgáltatási táblázatban feltüntetett limitek szerint téríti.

MIRE TERJED KI A BIZTOSÍTÁSI FEDEZET?

A Biztosító megtéríti a Baleset- és vagy Betegség következtében felmerült pszichikai segítségnyújtás költségeit.

Leírás	Limit / év
Pszichológiai távkonzultáció: klinikai pszichológussal folytatott telekonzultáció költségtérítése	20.000 Ft / alkalom legfeljebb 5 alkalommal
Személyes konzultáció: Biztosított lakhelyéhez vagy munkahelyéhez közeli klinikai pszichológussal folytatott konzultáció költségtérítése	20.000 Ft / alkalom legfeljebb 2 alkalommal

HOGYAN KÉRHETŐ PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS KÖLTSÉGTÉRÍTÉSE?

A Biztosító Assistance szolgálatánál szükséges jelezni a biztosítási szolgáltatásra vonatkozó igényt. A Biztosító elérhetőségét és nyitvatartási idejét a Biztosítási kötvény tartalmazza.

A Biztosító tájékoztatást ad a szolgáltatás ügymenetéről és szükség esetén megszervezi az ellátást.



Figyelem!

- **Vészhelyzet esetén először a helyi mentőszolgálat értesítése szükséges!**
- A fedezet érvényességének feltétele, hogy a Biztosítási időszak alatt a Biztosított Magyarországon állandó lakcímmel rendelkezzen.
- Az Orvosokkal megosztott egészségügyi információk szigorúan bizalmasak. Kezelésük a vonatkozó jogszabályok és az orvosi titoktartás előírásai szerint történik.
- A Biztosított közvetlen vagy közvetett azonosításra alkalmatlan statisztikai adatoktól eltekintve semmilyen adat nem kerül továbbításra a Biztosító felé.

Biztosító nem vállal felelősséget:

- **Információkkal, tanácsokkal, konzultációkkal és általánosságban a Biztosított részére nyújtott orvosi szakvélemény szolgáltatással összefüggő visszaélés vagy helytelen értelmezés esetén;**
- **telefon- és/vagy számítógépes hálózatok meghibásodása vagy megszakadása esetén;**
- **a Biztosított állapotában, különös tekintettel egészségi állapotában bekövetkező, a Biztosító felé be nem jelentett változás esetén;**
- **vis maior, vagy harmadik félnek betudható események kapcsán.**

MI SZÁMÍT BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYNEK?

Baleset- és vagy Betegség következtében felmerült pszichikai segítségnyújtás szükségessége, melyet a Biztosított kezelőorvosa rendelt el és orvosi beutaló támasztja alá, valamint számlával igazolnak.

MIRE NEM TERJED KI A FEDEZET?

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, Pszichológiai segítségnyújtás - költségtérítés szolgáltatásra vonatkozóan:

- **orvos által megállapított vagy elrendelt egészségügyi vészhelyzet esetén;**
- **pszichés betegségekkel kapcsolatos konzultáció esetén;**
- **orvosi igazolások felírása;**
- **munkaképtelenség és annak esetleges meghosszabbítása;**
- **esztétikai beavatkozásból eredő (kozmetikai és plasztikai sebészetet is beleértve) egészségkárosodás esetén.**



Pszichológiai segítségnyújtás - költségtérítés szolgáltatás nem terjed ki az alábbi esetekre:

- a Biztosítási szerződés megkötése előtt már fennállt, diagnosztizált vagy kezelt pszichés betegséggel összefüggő események kapcsán;
- a Biztosított által Magyarország határain kívül igénybe vett szolgáltatásokra;
- a Biztosító előzetes jóváhagyása nélkül felmerült költségekre;
- gyógyszerek, kötszerek és hasonló termékek vásárlására, valamint ezek szállítási költségeire;
- azon helyzetekre, mikor mentőszolgálat és speciális mentési szolgálat beavatkozása szükséges.

CYBER – ONLINE TEVÉKENYSÉGGEL KAPCSOLATOS BIZTOSÍTÁSI FEDEZET

HOL ÉRVÉNYES A BIZTOSÍTÁS?

Biztosítási fedezet	Területi hatály
1. Pénzügyi felügyelet	az egész világra kiterjed
2. Távoli informatikai támogatás	az egész világra kiterjed
3. Jogi segítségnyújtás	Magyarország
4. Pszichológiai segítségnyújtás	Magyarország
5. Informatikai eszközök javítása és kölcsönzése	Magyarország
6. Elvesztett pénzeszközök visszatérítése	az egész világra kiterjed

MIRE TERJED KI A BIZTOSÍTÁSI FEDEZET?

1. Pénzügyi felügyelet

A Biztosító segítséget nyújt a Biztosított, pénzintézetekkel kapcsolatos, az alábbi táblázatban feltüntetett problémáival kapcsolatban.

A Szolgáltatási táblázatban feltüntetett limitek az összes kárigényre összesítve, együttesen értendők.

Biztosítási esemény	Biztosítási fedezet	Leírás	Limit / év
Jogosulatlan, csalárd pénzügyi tranzakció	Információs szolgáltatás	A Biztosító tájékoztatást ad a Biztosított részére, hogyan jelentheti be a csalásokat és hogyan követelheti vissza a jogosulatlan, csalárd pénzügyi tranzakciókat közvetlenül a pénzintézettől.	Korlátlan
	A kapcsolódó adminisztratív költségek megtérítése	A Biztosító megtéríti a Biztosítási eseményhez kapcsolódóan az adminisztrációs költségeket, beleértve a postai bélyegeket, a követeléskezelési díjakat, az adókat és a nemzetközi hívások költségeit.	800.000 Ft és maximálisan 1 db kárigény a biztosítási szerződés tartama alatt.
	A kárigényhez kapcsolódó saját költségek megtérítése	A Biztosító megtéríti a Biztosítási eseményhez kapcsolódóan a szükséges szállítási és szállásköltségeket (pl. a taxi költségét, a rendőrségre való utazással kapcsolódóan, vagy a pénzintézet irodájába való eljutáshoz kapcsolódóan, a szállodai költségek, amelyek ahhoz szükségesek, hogy az utazás során az eseményt be tudják jelenteni a rendőrségnek).	
	Pénzügyi szolgáltatás kártérítése	A pénzügyi szolgáltató kártérítése esetén a Biztosító megtéríti a jogosulatlanul végrehajtott csalárd pénzügyi tranzakciókkal kapcsolatban, a pénzintézet által visszatérítéssel nem fedezett költségeket, önrészeket, egyéb jogcímen történő levonásokat.	



4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



Biztosítási esemény	Biztosítási fedezet	Leírás	Limit / év
Fizikai fizetőeszközök jogtalan eltulajdonítása	Információs szolgáltatás	A Biztosító tájékoztatást nyújt a Biztosított részére a következőkről: 1) Hogyan jelentheti be a csalásokat, és hogyan követelheti vissza a csalárd pénzügyi tranzakciók során jogtalanul eltulajdonított pénzeszközöket, közvetlenül a pénzintézettől. 2) a következő lépések: • Ellopott Fizikai fizetőeszköz letiltása • Feljelentés tétele a rendőrségen. • Pénzügyi igény benyújtása a pénzintézethez. • Új Fizikai fizetőeszköz igénylése.	Korlátlan
	A kapcsolódó adminisztratív költségek megtérítése	A Biztosító megtéríti a Biztosítási eseményhez kapcsolódóan az adminisztrációs költségeket, beleértve a postai bélyegeket, a követeléskezelési díjakat, az adókat és a nemzetközi hívások költségeit.	800.000 Ft és maximálisan 1 db kárigény a biztosítási szerződés tartama alatt.
	A kárigényhez kapcsolódó saját költségek megtérítése	A Biztosító megtéríti a Biztosítási eseményhez kapcsolódóan a szükséges szállítási és szállásköltségeket (pl. a taxi költségét, a rendőrségre való utazással kapcsolódóan, vagy a pénzintézet irodájába való eljutáshoz kapcsolódóan, a szállodai költségek, amelyek ahhoz szükségesek, hogy az utazás során az eseményt be tudják jelenteni a rendőrségnek).	
	A Fizikai fizetőeszköz jogtalan eltulajdonításával kapcsolatban felmerült költségek megtérítése	A Biztosító megtéríti a pénzügyi intézmény által, a fizikai fizetőeszköz jogtalan eltulajdonításával kapcsolatban felmerült, visszatérítéssel nem fedezett költségeket a szolgáltatási táblázatban feltüntetett limit összegéig.	
Fizikai fizetőeszköz sérelése vagy megsemmisülése	Információs szolgáltatás	A Biztosító tájékoztatást nyújt a Biztosított részére a következőkről: • megsérült, vagy megsemmisült Fizikai fizetőeszköz letiltása; • pénzügyi igény benyújtása a pénzintézethez; • új Fizikai fizetőeszköz igénylése.	Korlátlan
	A kapcsolódó adminisztratív költségek megtérítése	A Biztosító megtéríti a Biztosítási eseményhez kapcsolódóan az adminisztrációs költségeket, beleértve a postai bélyegeket, a követeléskezelési díjakat, az adókat és a nemzetközi hívások költségeit.	800.000 Ft és maximálisan 1 db kárigény a biztosítási szerződés tartama alatt.
	A kárigényhez kapcsolódó saját költségek megtérítése	A Biztosító megtéríti a Biztosítási eseményhez kapcsolódóan a szükséges szállítási és kommunikációs költségeket (pl. a taxi költségét, a rendőrségre való utazással kapcsolódóan, vagy a pénzintézet irodájába való eljutáshoz kapcsolódóan, a szállodai költségek, amelyek ahhoz szükségesek, hogy az utazás során az eseményt be tudják jelenteni a rendőrségnek).	



4. Mire terjed ki a Biztosítási fedezet?



Biztosítási esemény	Biztosítási fedezet	Leírás	Limit / év
Elveszett, ellopott vagy megsérült személyazonosító okmány	A kárigényhez kapcsolódó csere- és szállítási költségek megtérítése	A Biztosító csak akkor nyújt szolgáltatást az elveszett, ellopott vagy megsérült személyazonosító okmány pótlásának költségeivel kapcsolatban, amennyiben a személyazonosító okmány érvényességi ideje a Biztosítási eseményt követő 6 hónapon túl jár le. A személyazonosító okmány vagy az ideiglenes személyazonosító okmány szállítási költségei is a szolgáltatás részét képezik.	400.000 Ft/kár/év.
	Készpénzelőleg	A Biztosító készpénzelőleget nyújthat a Biztosított részére, amennyiben a Biztosított által megbízott személy a Biztosító részére az előleg összegét befizeti. A Biztosító ezt a szolgáltatást olyan esetekben nyújtja, amelyek esetében a bankkártyás fizetés nem elérhető, például bizonyos országokban. Ilyen esetekben a Biztosító, a Biztosított részére az adott országnak megfelelő valutában bocsátja rendelkezésére a készpénzt.	1 db kárigény a biztosítási szerződés tartama alatt.
	Információs szolgáltatás	A Biztosító tájékoztatást nyújt a Biztosított részére az adminisztratív lépésekről.	Korlátlan

2. Távoli informatikai támogatás

Biztosítási esemény	Biztosítási fedezet	Leírás
Rendszerhiba	Távoli informatikai támogatás a hardver és/vagy az operációs rendszerek meghibásodásának lehetséges javításával kapcsolatban.	4 db kárigény a biztosítási szerződés tartama alatt és 1 óra kárigényenként.
Szoftverhiba	Távoli informatikai támogatás a telepített programok és/vagy illesztőprogramok hibáinak lehetséges javításával kapcsolatban.	
Külső okok miatti működési zavar	Távoli informatikai támogatás az eszközök és Perifériák meghibásodásának lehetséges javításával kapcsolatban, amelyek nem a <i>rendszerhibákhoz</i> és <i>szoftverhibákhoz</i> kapcsolódnak.	
Internetkapcsolati hiba	Távoli informatikai támogatás az internet-hozzáférés és szörfözés során fellépő működési zavarok lehetséges megoldásaival kapcsolatban, valamint az internetkapcsolatok konfigurációjával kapcsolatos problémák elhárításával kapcsolatban.	
Online szoftverek és alkalmazások hibás működése	Távoli informatikai támogatás az online szoftverek és alkalmazások hibás működésének lehetséges javításával kapcsolatban.	
Minden biztosítási eseményre vonatkozó fedezet [BACKUP ASSISTANCE]	Távoli informatikai támogatás a Biztosított adatainak biztonsági másolatainak létrehozásával- és visszaállításával kapcsolatban.	





3. Jogi segítségnyújtás

Biztosítási fedezet	Leírás és limit / év
<p>Jogi segítségnyújtás:</p> <ul style="list-style-type: none"> Általános jogi tanácsadás Hozzáférés a nemzeti ügyvédi hálózathoz Meghatározott jogi eljárások költségeinek megelőlegezése A jogi szakemberek (ügyvédek, tolmácsok és bíróságok) költségeinek megelőlegezése 	<p>Minden biztosítási fedezetre, biztosítási évenként legfeljebb 1 kárigényig.</p> <p>Meghatározott jogi eljárási költségek előlegének kifizetése, követelésenként legfeljebb 1.000.000 Ft összeghatárig.</p> <p>A jogi szakértői költségek előlegének kifizetése, követelésenként legfeljebb 1.000.000 Ft összeghatárig.</p>
<p>Jogi költségek: A jogi költségek megtérítése, amennyiben az ügyvéd/jogi tanácsadó szolgáltatásait a Biztosított szervezi és fizeti.</p>	<p>Minden biztosítási fedezetre, biztosítási évenként legfeljebb 1 kárigényig.</p> <p>Online vásárlás / online banki ügyintézés - kárigényenként legfeljebb 800.000 Ft összegig.</p> <p>eReputation (internetes hírnévrontás) / Cyber-Bullying (internetes zaklatás) - Igényenként legfeljebb 1.000.000 Ft összeghatárig.</p>

4. Pszichológiai segítségnyújtás

Biztosítási fedezet	Limit / év
<p>A Biztosító, biztosítási fedezetet nyújt az alábbi események által okozott pszichológiai stressz kezelésével kapcsolatban:</p> <ul style="list-style-type: none"> a Biztosított online személyes adataival való visszaélés; rosszindulatú online tevékenység a Biztosított ellen. 	<p>1.000.000 Ft, és maximálisan 1 db kárigény biztosítási évenként.</p>

5. Informatikai eszközök javítása és kölcsönzése

A Biztosító megtéríti a Biztosított tulajdonában lévő asztali- vagy hordozható számítógépekben-, tabletekben keletkezett kárt, ha azok oka, leesés, leejtés, vagy egyéb külső erőhatás miatti sérülés, vagy folyadékkal való érintkezés.

Biztosítási esemény	Leírás	Limit / év
Javítás	A Biztosító fedezi a sérült biztosított tárgy javításához szükséges költségeket.	120.000 Ft káronként, és maximálisan 2 db kárigény biztosítási évenként.
Csere	<ul style="list-style-type: none"> Csere esetén a Biztosított tárgy műszaki jellemzői alapján kerül eldöntésre, hogy szolgáltatásként felújított- vagy új Biztosított tárgyat kap a Biztosított. Amennyiben a Biztosított tárgy a kereskedelemben a káresemény időpontjában már nem fellelhető, akkor műszakilag és felhasználhatóság tekintetében a leginkább hasonló Biztosított tárgy beszerzési költségét téríti meg a Biztosító. (Például azonos szín nem garantálható.) 	120.000 Ft káronként. A Biztosító a szerződés élettartama alapján csak egyszer szolgáltat jelen fedezettel kapcsolatban.
Visszatérítés	Visszatérítés esetén a biztosított vagyontárgy eredeti beszerzési értékének, az értékcsökkenéssel csökkentett értékét téríti meg a Biztosító.	120.000 Ft káronként. A Biztosító a szerződés élettartama alapján csak egyszer szolgáltat jelen fedezettel kapcsolatban.
Bérelhető berendezések	Amennyiben a Biztosított tárgy Véletlen károkozás során megsérült, a Biztosító megtéríti a javításhoz szükséges időre a sérült Biztosított tárgyal egyenértékű eszköz bérleti díját.	2 db kárigény biztosítási évenként, és maximálisan 10 munkanap.



6. Elveszített Pénzeszközök visszatérítése:

A Biztosító megtéríti az interneten keresztül vásárolt Biztosított tárgy árát, amennyiben az eladó a terméket nem-, vagy hibásan szállította le, vagy a megvásárolt tárgytól eltérő tárgyat szállított le.

Biztosítási esemény	Biztosítási fedezet	Leírás	Limit / év
Nem szállított-, hibásan szállított- vagy a megvásárolt Biztosított tárgytól eltérő Biztosított tárgy szállítása.	Információs szolgáltatás	A Biztosító tájékoztatást ad a Biztosított részére, a következő adminisztratív lépésekről: <ul style="list-style-type: none"> • kártérítés igénylése az eladótól • az eladó követelményeinek teljesítése a kártérítéshez. 	1 db kárigény
	Költségek megtérítése	A Biztosító megtéríti az interneten keresztül vásárolt Biztosított tárgy árát, amennyiben az eladó a terméket nem-, vagy hibásan szállította le, vagy a megvásárolt tárgytól eltérő tárgyat szállított le.	800.000 Ft és maximálisan 1 db kárigény a biztosítási szerződés tartama alatt.

HOGYAN MŰKÖDIK A SZOLGÁLTATÁS?

1. PÉNZÜGYI FELÜGYELET

A szolgáltatás a Biztosító telefonszámán vagy audio/videokonferencia útján történik hétfőtől péntekig, munkaidőben. Az elérhetőséggel kapcsolatban a Biztosítási kötvény tartalmaz részletes információkat.

A Biztosító Szolgáltatója tanácsot ad a Biztosított által választott csatornán keresztül jelentett problémával kapcsolatban, és szükség esetén segít a "távoli elérésen" keresztül, hogy a felmerült problémát megoldja.

Ezen fedezet csak a biztosítási eseményekkel kapcsolatos információnyújtásra szolgál. A Biztosító és Szolgáltatója nem garantálja, hogy a megadott információk megelőzzenek-, megoldanak- vagy orvosolnak bármilyen (lehetséges) problémát, amely a biztosítási eseményekkel kapcsolatban felmerülhet.

Fizikai fizetőeszközökkel kapcsolatos csalárd kiadások esetén a fizikai fizetőeszközök lopása és a pénzügyi intézmény általi zárolásuk között legfeljebb 2 munkanap telhet el.

A Biztosítottnak az alábbi jogi kötelezettségeket kell betartani ahhoz, hogy jogosult legyen erre a biztosítási fedezetre olyan biztosítási események esetén, amelyek közvetlenül vagy potenciálisan a következőkhöz vezetnek:

- jogosulatlan csalárd pénzügyi tranzakciók;
- a fizikai fizetőeszközökkel kapcsolatos csalárd kiadások.

Amennyiben a Biztosító jelentős eltérést talál a nyilatkozat és a benyújtott bizonyítékok között (ami hatással van az eseményre), megtagadhatja a szolgáltatás nyújtását.

A Biztosított figyelemébe ajánljuk, hogy a hamis állítás bírósági eljárás alá vonható, és börtönbüntetést, jelentős pénzbírságot és büntetett előéletet eredményezhet.



1.1. A biztosítási események bekövetkezése előtt:

Biztosítási esemény	Kötelezettség
Minden biztosított eseménnyel kapcsolatban	a Biztosítottnak kötelessége a jelszavakat, hozzáférési kódokat és hasonlóan bizalmas információkat (PIN-kód, TAN-kód, kártyaszám, CVV, egyéb azonosító vagy legitimációs adatok, digitális aláírás vagy valódi bemutatóra szóló értékpapírok vagy személyazonosító okmányok stb.) bizalmasan kezelni úgy, hogy ahhoz illetéktelenek ne férhessenek hozzá, azokat nem terjesztheti, nem teheti nyilvánosan elérhetővé.
	a 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. Ennek elmulasztása a kárigény kifizetésének csökkentését vagy elutasítását eredményezheti.
	a Biztosított köteles betartani a fizetési eszközeit kezelő pénzintézetek szerződési feltételeiben feltüntetett szabályokat.

1.2. A biztosítási események bekövetkezésének észlelése után:

Biztosítási esemény	Kötelezettség
Jogosulatlan csalárd pénzügyi tranzakció; Fizikai fizetőeszköz lopása	<p>a Biztosított kötelezettsége, a Biztosítási eseménnyel érintett pénzforgalmi számlák zárolása, valamint az ezekkel kapcsolatos igények érvényesítése a pénzforgalmi számlákat vezető pénzintézettel szemben.</p> <ul style="list-style-type: none"> a Biztosított köteles a pénzforgalmi számlák zárolását kérni a vezető pénzintézettől, a Biztosítási események tudomására jutásától számított 24 órán belül. a Biztosított köteles írásban tájékoztatni a pénzforgalmi számlát vezető pénzintézetet a bekövetkezett veszteségről, a Biztosítási események tudomására jutásától számított 24 órán belül. <p>a Biztosított köteles rendőrségi feljelentést tenni, a Biztosítási események tudomására jutásától számított 24 órán belül.</p>
Jogosulatlan csalárd pénzügyi tranzakció; Fizikai fizetőeszköz lopása	<p>a Biztosított köteles igazolást bekérni, és azt a Biztosító részére benyújtani</p> <ul style="list-style-type: none"> amennyiben a fizetési eszközeinek kezeléséért felelős pénzintézet nem vagy nem teljes mértékben fedezi a Biztosított kárát, vagy ha önrészt számol fel. <p>a Biztosított köteles igazolást bekérni, és azt a Biztosító részére benyújtani</p> <ul style="list-style-type: none"> a csalárd módon kifizetett fél pénzügyi intézményétől származó adatok (pl. bankszámlaszám, a címzett neve és lakóhelye szerinti ország) benyújtása, vagy lépések megtétele ezek elkészíttetése érdekében.
Minden biztosított eseménnyel kapcsolatban	a Biztosított köteles betartani a Biztosító kármegelőzési- és kárenyhítési előírásait.

Amennyiben a Biztosított kára, a Biztosító szolgáltatása után, más szolgáltatótól részben, vagy egészben megtérül, a Biztosított köteles a Biztosító részére visszautalni a szolgáltatási összeget a megtérülés mértékéig.



2. TÁVOLI INFORMATIKAI TÁMOGATÁS

A szolgáltatás a Biztosító telefonszámán vagy audio/ videokonferencia útján történik hétfőtől péntekig, munkaidőben. Az elérhetőséggel kapcsolatban a Biztosítási kötvény tartalmaz részletes információkat.

A Biztosító Szolgáltatója tanácsot ad a Biztosított által választott csatornán keresztül jelentett problémával kapcsolatban, és szükség esetén segít a "távoli elérésen" keresztül, hogy a felmerült problémát megoldja.

Ezen fedezet csak a biztosítási eseményekkel kapcsolatos információnyújtásra szolgál. A Biztosító és Szolgáltatója nem garantálja, hogy a megadott információk megelőzzenek-, megoldanak- vagy orvosolnak bármilyen (lehetséges) problémát, amely a biztosítási eseményekkel kapcsolatban felmerülhet.

3. JOGI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

3.1. Biztosító vállalja, hogy általános polgári jogi kérdésekkel kapcsolatban ad tájékoztatást.

- a) Biztosító vállalja, hogy a megkeresésre legkésőbb 8 munkanapon belül válaszol.
- b) Biztosító a jogi hálózatában szereplő egy vagy több jogtanácsos elérhetőségét biztosítja a Biztosított részére. A szolgáltatás megszervezése-, költségei- és díjai a szolgáltatást igénybe vevő Biztosítottat terhelik.
- c) Amennyiben a Biztosított ellen polgári peres eljárás folyik Magyarország jogszabályainak nem szándékos megsértése miatt (kivéve a Büntetőeljárást), vagy ha a Biztosított jogi lépéseket tesz egy Harmadik Féllel szemben.

A Biztosító az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- a Biztosító megelőlegezi az ügyvédi költségeket 1.000.000 Ft összeghatárig, Biztosítottanként és káreseményenként, évente legfeljebb 1 káresemény erejéig;
- a Biztosító megelőlegezi a Magyarországi igazságügyi hatóságok által előírt esetleges óvadék letétbe helyezését, legfeljebb 1.000.000 Ft Biztosítottanként és káreseményenként, évente legfeljebb 1 káresemény erejéig.

A fent megjelölt előlegeket a Biztosító akkor nyújtja, ha a Biztosított írásban hozzájárul a megfelelő összegnek a bankszámlájáról történő beszedéséhez, vagy ha egy harmadik fél a megfelelő összeget előzetesen banki átutalással vagy banki csekkel a lehető legrövidebb időn belül, de legkésőbb az előleg kifizetését követő 10 (tíz) naptári napon belül megfizeti a Biztosító részére.

3.2. Jogi költségek - Amennyiben a Biztosított ellen polgári peres eljárás indul Magyarország jogszabályainak nem szándékos megsértése miatt (kivéve a Büntetőeljárást), vagy a Biztosított jogi lépéseket tesz egy harmadik féllel szemben.

A Biztosító az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- a Biztosító megtéríti az ügyvédi költségek tényleges költségeit, az online vásárlás és az online banki szolgáltatások esetében 800.000 Ft-os összeghatárig, és az eReputation / Cyber-Bullying esetében 1.000.000 Ft-os összeghatárig, biztosítottanként és káreseményenként, évente legfeljebb 1 káresemény erejéig;
- a Biztosító a jogi költségekkel kapcsolatos szolgáltatási összeget a Biztosított részére téríti meg;
- a Biztosító garantálja, hogy az elfogadott intézkedéseket végrehajtja, de nem tudja garantálni, hogy a jogi eset megoldásra kerül.



4. PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

Amennyiben a Biztosított térítésköteles biztosítási esemény miatt orvosilag igazoltan pszichológusi kezelésre szorul, a Biztosító megtéríti a klinikai pszichológussal folytatott távkonzultáció vagy a Biztosított lakóhelyéhez, vagy munkahelyéhez közel, legfeljebb 20 kilométerre lévő klinikai pszichológussal folytatott személyes konzultáció költségeit.

A szolgáltatás hétfőtől péntekig, munkaszüneti napok kivételével, munkaidőben vehető igénybe, a Biztosító nem téríti meg a sürgősségi vagy egyéb pótköltségekkel járó kezelések költségét.

5. INFORMATIKAI ESZKÖZÖK JAVÍTÁSA ÉS KÖLCSÖNZÉSE

A szolgáltatás a Biztosító telefonszámán vagy audio/videokonferencia útján történik mely a nap 24 órájában, a hét minden napján elérhető.

5.1. Szolgáltatások és limitek

- a) Térítésköteles biztosítási események esetén, a Biztosító az alábbiakban leírtak szerint saját hatáskörben dönt arról, hogy az IT eszközt megjavíttatja, kicseréli vagy megtéríti az önrész megfizetése után, amennyiben önrész levonás vonatkozik az adott káreseményre.
- b) Az IT eszköz cseréje esetén a hibás IT eszköz, a dobozában található további tartozékokkal együtt a Biztosító tulajdonában kerül. A Csereeszköz átvételének vagy a költségtérítésnek előfeltételeként a Biztosított köteles a meghibásodott IT eszközt és tartozékait átadni a Biztosító részére.
- c) A Biztosító szolgáltatási felső határa nem haladhatja meg a Biztosított tárgy újkori vételárát.
- d) Jelen biztosítási fedezet, a Biztosított által újonnan vásárolt számítógépekre és laptopra vonatkozik, az alábbi feltételek teljesülése esetén:
 - a biztosítás megkötésének időpontjában működőképese;
 - a Biztosított lakóhelye szerinti országban vásárolták;
 - legfeljebb 5 éves élettartamú lehet, melyet az eredeti Vásárlást igazoló számla támaszt alá;
 - minimális vételár az eredeti Vásárlást igazoló számla szerint 40.000 Ft;
 - maximális vételár az eredeti Vásárlást igazoló számla szerint 800.000 Ft;
 - a biztosítási esemény időpontjában nem állhat a gyártó vagy a kereskedő garanciája, vagy kiterjesztett garanciája alatt;
 - a káresemény időpontjában a Biztosított tulajdonában kell lennie.

5.2. Értékcsökkenés

Amennyiben a kárigény cseréhez vagy visszatérítéshez vezet, a szolgáltatási összege a kockázatviselés kezdete óta eltelt időtől függően értékcsökkenéssel mérséklődhet. A maximális szolgáltatási összeg a Biztosított tárgy értékcsökkenéssel csökkentett újkori beszerzési ára.

A Biztosított tárgy megvásárlása és a biztosítási esemény között eltelt idő	Értékcsökkenés mértéke
0 - 6 hónap	0%
több mint 6 hónap, legfeljebb 1 év	10%
több mint 1 év, legfeljebb 2 év	20%
több mint 2 év, legfeljebb 3 év	30%
több mint 3 év, legfeljebb 4 év	40%
több mint 4 év	50%



5.3. Önrész

A Biztosító a táblázatban feltüntetett önrészt levonja a szolgáltatási összeg kifizetése előtt.

Eredeti vételár	Önrész
Maximum 800.000 Ft	10% a vételárból

Az önrész a Biztosított tárgy eredeti beszerzési árának 10%-a.

6. ELVESZÍTETT PÉNZESZKÖZÖK VISSZATÉRÍTÉSE

6.1. Jelen biztosítási fedezet az alábbi Biztosított tárgyakra terjed ki:

- újkori értéke legalább 30.000 Ft;
- újként vásárolták;
- a Biztosított saját maga vásárolta, személyes használatra;
- a futár, maga az eladó, vagy az eladó megbízott szolgáltatója.

6.2. Területi hatály

Az eladónak rendelkeznie kell ÁFA regisztrációval Magyarországon.

6.3. Szolgáltatás korlátozása

Amennyiben a Biztosított tárgy párban vagy készletben lévő tárgyakból áll, a Biztosító fedezete az egyes le nem szállított-, hibásan szállított-, sérült- vagy eltérő részek költségeire korlátozódik, kivéve, ha a tárgyak külön-külön használhatatlanok és külön-külön nem cserélhetők ki.

A Biztosító csak abban az esetben szolgáltart kártérítést, ha az eladó az online vásárolt tárgyat nem-, vagy hibásan szállította le, vagy a megvásárolt tárgytól eltérő tárgyat szállított le, ha a téves szállítással kapcsolatban a Biztosított jelezte kártérítési igényét az eladó felé, és az eladó a kárigényt elutasította.

A Biztosító információs támogatást nyújt a Biztosított részére, hogy közvetlenül az eladótól kaphasson kártérítést.

6.4. A Biztosított kötelezettségei

Ahhoz, hogy a Biztosított jogosult legyen a biztosítási szolgáltatásra, az alábbi kötelezettségeinek kell eleget tegyen:

- vásárlási számlát be kell nyújtania a Biztosító részére.

Továbbá a Biztosítottnak bizonyítani szükséges az alábbiakat:

- a jogszabályi előírások szerinti, szerződéses és/vagy szavatossági jogainak érvényesítése érdekében a jogszabályi előírások szerinti reklamációs határidőn belül felvette a kapcsolatot (e-mailben, írásban vagy faxon) az eladóval/futárral; és
- az eladó/futár a közzétett panaszkezelési határidőn belül – vagy ha ilyen határidő nincs, akkor a Biztosított reklamációjától számított 30 napon belül – nem teljesítette a Biztosított kártalanítására vonatkozó kötelezettségét; és
- az eladó/futár nem kártalanította a Biztosítottat és nem térítette vissza a Biztosított részére a vételárat, ami jogszabályi kötelezettsége;
- hibás- vagy nem megfelelő szállítás esetén, ha a Biztosított tárgy sérült, hiányos vagy nem felel meg a megrendelőlapon megadott leírásnak.

Amennyiben az eladó nem fogadja el a Biztosított tárgy visszaküldését, a Biztosító felkérheti a Biztosítottat, hogy a Biztosított tárgyat a Biztosító költségére küldje el a Biztosító részére.

A Biztosított köteles a szolgáltatási összeget visszafizetni a Biztosító részére, amennyiben a Biztosított az eladó kártalanította, pénzeszközzel, vagy új termék formájában.



MIRE NEM TERJED KI A FEDEZET?

1. PÉNZÜGYI FELÜGYELET

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, Pénzügyi felügyelet szolgáltatásra vonatkozóan:

A Biztosító nem vesz részt közvetlenül a Biztosított nevében semmilyen kommunikációban, sem hitelinformációs ügynökséggel, sem kártyahálózattal és/vagy pénzintézettel.

A Biztosítási kötvény nem nyújt biztosítási fedezetet a következőkre:

- a) bármilyen kárra, beleértve a pénzügyi veszteségeket is, amelyekért bármely harmadik fél vagy pénzintézet felelős;
- b) olyan fizetőeszközökre, amelyeket nem pénzintézetek biztosítanak a Biztosított részére;
- c) a Biztosított fizetőeszközeihez hozzáféréssel rendelkező családtag által teljesített kifizetésekre;
- d) a Biztosított fizetőeszközeinek társtulajdonosa által teljesített kifizetésekre;
- e) bármilyen engedélyezett csalárd pénzügyi tranzakcióra;
- f) bármely olyan pénzügyi tranzakcióra:
 - ahol nem alkalmaztak kettős hitelesítést;
 - amelyet olyan személyek javára teljesítettek, akiket a Biztosított ismer, vagy akikkel a Biztosított kapcsolatban áll;
 - amely készpénzek; csekkek; banki megbízások felhasználásával valósult meg;
 - a Biztosított által váltságdíj-kérésre vagy más jogellenes követelésre, vagy fenyegetésre adott válasz. Ide tartoznak egyebek mellett a következők; adatrablás; az adatok vagy más eszközök törlésével, módosításával, terjesztésével vagy az azokhoz való hozzáférés megváltoztatásával kapcsolatos fenyegetések;
 - amennyiben a pénzügyi veszteség egy részét vagy egészét egy másik fél vagy biztosítási kötvény fedezi;
- g) bármely olyan pénzügyi veszteség,
 - amely a biztosítási fedezet kezdete előtt ellopott, vagy amelyek mások birtokába került vagy olyan fizetőeszközök vagy PIN, TAN, CVV, egyéb azonosító vagy legitimációs adatok, digitális aláírás vagy valódi bemutatóra szóló értékpapírok vagy személyazonosító okmányok jogosulatlan használatából ered, amelyekről mások a biztosítási fedezet kezdete előtt szereztek tudomást;
 - amely közvetve a Biztosított fizetőeszközeinek jogosulatlan használatából ered (pl. nyereségkiesés);
 - amely egy másik, olyan féltől vagy cégtől érkezik, amely a Biztosított személyes adatait nyilvánosságra hozta, akár szándékosan, akár véletlenül, akár adatsértés vagy kibertámadás miatt;
 - amelyek bármely illetékes helyi vagy regionális hatóság, bíróság vagy kormányzat bármely alkalmazandó törvénye, szabálya vagy iránymutatása alapján jogosultak a fedezetre;
 - amelyre vonatkozóan a pénzügyi intézmény írásban nem zárta ki a felelősségét;
 - ami azért merült fel, mert a Biztosított nem tudta elérni a fizetőeszközeinek blokkolásáért felelős intézményeket;
 - amely vállalati vagy üzleti számlákat érint, akkor is, ha a Biztosított a tulajdonos/egyedüli alkalmazott.
- h) fizikai fizetőeszközökkel kapcsolatos csalárd kiadások a Biztosított fizikai fizetőeszközeivel, amelyeket a pénzintézet nem zárolt 2 munkanapon belül] a Biztosított fizikai fizetőeszközeinek lopása után;
- i) bármilyen jogellenes pénzügyi tranzakció, pl. kenőpénz, jutalék vagy jogellenes juttatás;
- j) szerencsejátékokra, váratlan öröklésre vagy más hasonló, kéréstlen ígéretekre vagy tisztességtelen ösztönzőkre vonatkozó kifizetések vagy díjak;
- k) a törvényes elektronikus kódban elkövetett hibák vagy az elektronikus eszköz(ök)re a gyártási folyamat, a frissítési folyamat vagy a szokásos karbantartás során telepített kódból eredő károk;
- l) nem személyes fizetőeszközök használatából eredő bármely követelés.



2. TÁVOLI INFORMATIKAI TÁMOGATÁS

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, Informatikai segítségnyújtás szolgáltatásra vonatkozóan:

- a) olyan problémák, amelyek a Biztosított berendezéséhez való távoli hozzáféréssel megoldhatók, ha a Biztosított nem kívánja vagy nem tudja biztosítani az említett hozzáférést;
- b) olyan eszközök, perifériák, operációs rendszerek, szoftverek problémái, amelyekhez a Biztosított nem rendelkezik licenccel, valamint azok frissítéseivel;
- c) szoftverfrissítések, amelyek nem ingyenesek, még akkor sem, ha az információs támogatás nyújtásához szükségesek;
- d) olyan tevékenységek végzése, amelyekhez a Biztosított nem rendelkezik az alkalmazás vagy rendszer eredeti szoftverét tartalmazó CD-ROM-mal, és az információs támogatás igénylésének időpontjában nem lehet ingyenesen letölteni az interneten keresztül;
- e) A Biztosított által az IT Information Support fedezetébe tartozó rendszerek, alkalmazások vagy távoli hozzáférés céljából telepített szoftverek nem megfelelő használata által okozott károk;
- f) információs támogatás iránti igénylések, amelyek teljesítése vis maior vagy véletlen események, különösen az IP-csomagok átvitelének meghibásodása vagy áramkimaradás miatt nem lehetséges vagy késik;
- g) a Biztosító semmilyen esetben sem kínál a Biztosított részére, semmilyen típusú szoftvert, illetve nem helyettesíti azt;
- h) információs támogatás bármilyen szerverrel kapcsolatban;
- i) információs támogatás a Biztosított szakmai tevékenységével kapcsolatban;
- j) szériahiba miatti meghibásodás, amely a gyártó visszahívásához vezetett;
- k) az informatikai eszközök javítására, cseréjére vagy visszatérítésére.

3. JOGI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

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, Jogi segítségnyújtás szolgáltatásra vonatkozóan:

- a) jogi eljárás során a Biztosító nem nyújt jogi tanácsadást vagy támogatást;
- b) a Biztosító nem vállal felelősséget a közölt információk helytelen felhasználása vagy félreértelmezése miatt bekövetkező károk miatt;
- c) a Biztosító nem vállal felelősséget a szolgáltatásaink teljesítésének elmulasztásáért vagy késedelméért az alábbi körülmények között:
 - Vis Maior vagy olyan eseményeket követően, mint sztrájkok, zavargások, ismert politikai instabilitás, embargók, gazdasági szankciók;
 - a Biztosítottnak a tartózkodási helye szerinti országon belüli vagy kívüli szállításához, illetve az orvosaink által kórházi kezelés céljából javasolt országba történő beutazásához szükséges dokumentumok, például beutazási és kiutazási vízum, útlevel megszerzésének késedelme, vagy sikertelensége;
- d) azon költségek tekintetében, melyeket a Biztosítóval előzetesen nem egyeztettek;
- e) nem igazolt költségek tekintetében;
- f) bármilyen jellegű, a Biztosított által szándékosan vagy bűnrészességgel okozott vagy előidézett, vagy a Biztosított szándékos kötelességszegéséből vagy a Biztosított személy rosszhiszemű hibájából eredő kár, veszélyben lévő személy önvédelmének esetét kivéve;
- g) a Biztosított által vagy bűnrészességgel szándékosan okozott veszteség vagy kár következményei; vagy



- a Biztosított házastársa, élettársa, a Biztosított felmenői és leszármazottai; a Biztosított alkalmazottai vagy bármely más személy által szándékosan okozott kár;
- h)** a Biztosított szakmai tevékenységgel összefüggő következmények és a szakmai tevékenység következményei;
 - i)** szándékos törvénysértés (kivéve a Büntetőeljárást nem eredményező közúti közlekedési szabálysértést), vagy bűncselekmény;
 - j)** narkotikumok és/vagy kábítószeres használata vagy kereskedelme, a megengedett határérték feletti alkoholfogyasztás következményei;
 - k)** a gépjárműhasználat, a légi sportok vagy a vadászat következményei;
 - l)** a válási eljárás költségei.

4. PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

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, Pszichológiai segítségnyújtás szolgáltatásra vonatkozóan:

A Biztosító nem szolgáltat az alábbi esetekben:

- egészségügyi vészhelyzet esetén;
- pszichés betegségekkel kapcsolatos konzultáció esetén;
- orvosi igazolások felírása;
- munkaképtelenség és annak esetleges meghosszabbítása;
- az esztétikai ellátásból (beleértve a kozmetikai és plasztikai sebészetet) eredő károk.

A pszichológiai segítségnyújtás nem foglalja magában:

- a biztosítás hatálybalépésekor korábban diagnosztizált vagy kezelt pszichológiai betegségeket;
- a lakóhelyén kívül nyújtott szolgáltatásokat;
- a Biztosító előzetes jóváhagyása nélkül felmerült költségeket;
- gyógyszerek, kötszerek költségeit;
- olyan helyzeteket, amikor a mentő- és speciális mentőszolgálatok beavatkozására van szükség.

5. INFORMATIKAI ESZKÖZÖK JAVÍTÁSA ÉS KÖLCSÖNZÉSE

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, Informatikai eszközök javítása és kölcsönzése szolgáltatásra vonatkozóan:

- a)** a biztosítási szerződés tárgyát képező konkrét Biztosított tárgytól eltérő tárgyak esetén;
- b)** fogyó alkatrészek: a Biztosított tárgy azon részei, amelyeket a Biztosított a gyártó használati útmutatójában részletezettek szerint kicserélhet, és amelyek cseréje a biztosított tárgy működőképességének helyreállításához szükséges lehet;
- c)** kölcsönzött tárgyak: amikor a Biztosított a Biztosított tárgyat kölcsönadja, vagy amikor a Biztosított, tárgyat kölcsönöz;
- d)** Szürkepiacról származó áru esetén;
- e)** hamisított tárgyak vagy CE-jelölés vagy hasonló tanúsító jelölés nélküli tárgyak (Ez a jelölés azt jelzi, hogy az EGT-ben értékesített tárgyak megfelelnek a magas szintű biztonsági-, egészségügyi- és környezetvédelmi követelményeknek);
- f)** Eszköz dobozában található további tartozékok;
- g)** olyan tárgyak, amelyek sorozatszámát vagy IMEI-számát eltávolították, elrontották vagy megváltoztatták.



A Biztosító az alábbi eseményekkel kapcsolatban nem nyújt biztosítási szolgáltatást:

- a) a Biztosítási időszakon kívül, minden olyan eseményre, amely a kockázatviselési időszakon kívül következett be;
- b) mechanikai vagy elektromos meghibásodás: a Biztosított tárgy működéséhez vagy biztonságos használatához szükséges belső alkatrész meghibásodása esetén;
- c) a Biztosított tárgynak a biztosítási szerződés megkötése előtt már meglévő sérülése vagy hibája;
- d) bármilyen hiányos garanciális javítás esetén;
- e) a gyártó utasításaitól eltérő használatból eredő károokra (pl. helytelen telepítés, összeszerelés);
- f) a sorozatgyártási hibák által okozott károokra, valamint a gyártó által végzett visszahívási akciókkal kapcsolatos károkkal kapcsolatban;
- g) a Biztosított tárgy kereskedelmi vagy más, nem személyes használatra történő használatával kapcsolatban;
- h) azokra a károokra, melyek abból fakadnak, hogy a Biztosított törvénytelenül cselekszik, vagy megszegi, vagy a Biztosított tárgyat jogellenesen használja;
- i) a Biztosított tárgy gondatlan vagy nem rendeltetésszerű használatából fakadó károokra;
- j) szándékosan okozott kár: a Biztosított szándékos cselekedete vagy mulasztása által okozott károk, vagy a Biztosított tárgyban az arra jogosult felhasználó által okozott károk;
- k) a járműbe való erőszakos és nem erőszakos behatolás, a helyiségekbe való erőszakos és nem erőszakos behatolás (betöréses lopás), rablás, zsebtolvajlás vagy lopás miatt bekövetkező károokra;
- l) a Biztosított tárgy elvesztése esetén;
- m) tűz, villámcsapás, nagyfeszültség, robbanás, vandalizmus okozta károk;
- n) a szoftver és az operációs rendszer hibáiból vagy módosításaiból eredő bármely eseménnyel kapcsolatban;
- o) az elhasználódás, erózió, korrózió, oxidáció, a levegőnek és nedvességnek való hosszú távú kitettség vagy más, a szokásos használatból vagy kitettségből eredő vagy természetes módon bekövetkező romlás következtében bekövetkező károk esetén, beleértve, de nem kizárólagosan a fokozatosan kialakuló hibákat vagy töréseket;
- p) esztétikai károk és olyan károk vagy meghibásodások, amelyek a Biztosított tárgy tisztításával vagy rendszeres karbantartással orvosolhatók, és amelyek nem befolyásolják a biztosított tárgy funkcionalitását, működését vagy biztonságos használatát. Az esztétikai sérülések körébe tartoznak például a karcolások, horpadások, elszíneződések, kisebb repedések és foltok;
- q) harmadik fél által nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos problémák (pl. áram-, gáz-, víz-, szélessávú vagy műsorszóró tartalomszolgáltatás);
- r) bármilyen kár vagy hiba, amely akkor keletkezik, amikor a Biztosított tárgy egy futárszolgálat/postai társaság vagy bármely más szállítási szolgáltatás birtokában van, amennyiben a szolgáltatás nem a Biztosító által kijelölt javítás részeként történik;
- s) homok behatolása: a Biztosított tárgyba behatoló homok által okozott károk esetén;
- t) külső események, például viharok; természeti erők; atomenergia; és földsüllyedés, rovarfertőzés; elektromágneses impulzusok, akár ember okozta, akár természetes eredetű, szivárgás, szennyezés vagy szennyezés; ionizáló sugárzás vagy radioaktív szennyeződés bármely nukleáris üzemanyagból, vagy égő nukleáris üzemanyagból származó nukleáris hulladékból, vagy bármely robbanékony nukleáris berendezés vagy annak bármely részének radioaktív, mérgező, robbanó vagy más veszélyes tulajdonságai; a hangsebességgel vagy azt meghaladó sebességgel haladó repülőgépek és más repülő tárgyak által keltett nyomáshullámok által okozott károk;
- u) a háború, invázió, forradalom vagy terrorcselekmény által közvetlenül vagy közvetve okozott, abból eredő vagy azzal kapcsolatos károk, függetlenül bármely más, a kárhoz egyidejűleg vagy más sorrendben hozzájáruló okra vagy eseményre. E kizárás alkalmazásában terrorcselekménynek minősül a biológiai, vegyi és/vagy nukleáris erő bármely személy vagy csoport által történő alkalmazása vagy annak veszélye, akár egyedül, akár bármely szervezet(ek) vagy kormány(ok) nevében vagy azokkal kapcsolatban politikai, vallási, ideológiai vagy hasonló célból elkövetett cselekmény, beleértve a kormány befolyásolásának szándékát és/vagy a lakosság vagy a lakosság bármely részének félelembe ejtését, és/vagy bármely olyan cselekmény, amelyet a lakóhely szerinti ország kormánya terrorcselekménynek tekint.



6. ELVESZÍTETT PÉNZESZKÖZ VISSZATÉRÍTÉSE

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 alábbi tárgyakkal kapcsolatban nem terjed ki, Elveszített pénzeszköz visszatérítése szolgáltatásra vonatkozóan:

- épület;
- földterület;
- belépőjegy (ideértve az elektronikus jegyeket);
- kupon;
- repülőgép;
- gépjármű;
- vízi jármű;
- romlandó áru (pl. élelmiszer);
- növény;
- állat;
- szolgáltatás;
- szerzői jog;
- villamos energia;
- gáz;
- illegális áruk;
- Szürke piaci áruk;
- immateriális és digitális javak (pl. kriptovaluták, nem helyettesíthető „NFT” tokenek, letöltött digitális adatok);
- előfizetéshez vagy szolgáltatáshoz tartozó termékek (például mobiltelefon és számítógép);
- olyan termékek, amelyek biztonsági funkcióit eltávolították, megkerülték, letiltották vagy megváltoztatták;
- a nem Magyarországra történő értékesítésre szánt termékek;
- azon termékek, melyek internetes vásárlása során a termék és paraméterei nem kerülnek tételesen feltüntetésre (például árverés és a készlet kisöprés esetén, amikor egyszerre több terméket vásárol a Biztosított, de azok paraméterei nem kerülnek pontosan meghatározásra);
- bármilyen magánszemélyek közötti adásvételi platformról vagy aukciós platformról beszerzett vagy aukciós platformról beszerzett termék;
- biztosítatlan tőkeügyletek, spekulatív ügyletek és fogadások; szerencsejáték- vagy fogadási szerződések;
- határidős vagy spekulatív ügyletek; értékpapírok; számlán megjelenő értékpapírok, részesedések;
- magánszemélyek által, értékesített vagyontárgyak.

A Biztosító kockázatviselése továbbá az alábbi eseményekkel kapcsolatban nem terjed ki, Elvesztett pénzeszköz visszatérítése szolgáltatásra vonatkozóan:

- a Biztosított tárgyban az alatt az idő alatt bekövetkezett kár vagy a Biztosított tárgy elvesztése, amíg az a Biztosított birtokában van;
- a Biztosított tárgyon vagy a Biztosított tárgyban a Biztosított által, a Biztosító jóváhagyása/az eladó előzetes jóváhagyása nélkül végzett bármilyen változtatás;
- minden olyan helyzet, amikor a gyártóval szemben a gyártó jótállási ideje alatt igényel lehet fellépni;
- anyaghiba és kivitelezési hibák vagy hiányosságok miatti meghibásodás;
- a saját terméke használatának lehetetlenségéből fakadó költségek és veszteségek, pl. cserekészülék bérlete;
- a futártól vagy az eladótól behajtott bármilyen összeg;
- minden olyan eset, amelyet az eladó vagy a futár bármely, a biztosított tárgyra és annak kézbesítésére vonatkozó biztosítási kötvénye alapján már elutasítottak;
- a kézbesítés elmaradása vagy késedelve a futár vagy a posta sztrájkja miatt;
- készpénzben, banki csekken, utalványon történő vásárlások vagy kifizetések;
- a biztosított általi fizetés elmaradásából eredő jogviták;
- a lakóhely szerinti ország szabályozó hatósága vagy a Biztosító által nem jóváhagyott és nem felügyelt bankokhoz, pénzügyintézetekhez és egyéb online Vásárlást igazoló számla szolgáltatókhoz kapcsolódó bankszámlákon keresztül történő vásárlások vagy fizetések;
- az eladó csődjéből vagy üzletbezárásából eredő bármely követelés.



5.1. KIZÁRÁSOK

Jelen Biztosítási feltételek és Ügyfélértékelő 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, illetve a kockázatviselés vége után bekövetkező sérülések vagy Betegségek;
- 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 (elmeállapokra 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, harci gázok 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 kitettségéből ered, amely a levegőben, az űrben, a légkörben, a talajban vagy a vízben ténylegesen vagy állítólagosan kimutatható;

- s) a hatósági intézkedések miatt bekövetkezett károk;
- t) bármilyen elmaradt haszon, kamatveszteség, következményi károk;
- u) bármely követelés, amely olyan anyagi haszon realizálására irányuló tevékenységből ered, amelyre a Biztosított törvényileg nem jogosult;
- v) a Biztosító előzetes jóváhagyása nélkül felmerült költségekre;
- w) igazoló dokumentumok nélküli költségekre;
- x) világméretű fertőzésveszélyes helyzetekre;
- y) a Biztosított, a szerződés hatálybalépése előtt elvesztett cselekvőképessége miatt bekövetkező károk;
- z) esztétikai beavatkozásból (beleértve a kozmetikai sebészetet) származó károsodások.

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 Ügyfélértékelésben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk;
- c) a Biztosított jogi személynek a Biztosítási feltételek és Ügyfélértékelésben meghatározott vezető beosztású tisztviselője 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, szabálysértés vagy annak kísérlete folytán következett be, illetve a biztosított tisztességtelen, csalárd, rosszindulatú vagy szándékos cselekménye, vagy bármely vonatkozó szabály szándékos vagy ismert sértésének következménye.



5.3. A SZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG KORLÁTOZÁSA

Ingyenes Biztosítási szerződés esetén, a Biztosító maximum egyszeres szolgáltatásra kötelezett, függetlenül attól, hogy a Szerződő hány darab ingyenes Biztosítási szerződéssel rendelkezik a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepénél. Egyéb Biztosítási szerződésekre jelen korlátozás nem vonatkozik.

Amennyiben a Szerződő, a szerződéskötés során nem a valóságnak megfelelő adatokat adott meg - a nem valós adatok megadása csak a biztosítási díjat érintették, a kockázatvállalás körülményeit nem -, és ennek következtében a szerződés alacsonyabb díjon került megkötésre, a Biztosító aránylagos szolgáltatást nyújt, azaz olyan arányban szolgáltat, ahogyan az alacsonyabb díj aránylik a valós díjhoz.

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, illetve a szolgáltatás nyújtása bármilyen jogszabályba ütközik.

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.; Telefonszám: +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. Panaszának elutasítása esetén lehetősége van a Colonnade Insurance S.A. Panaszkezelésért felelős vezetőjéhez fordulni a panasz ismételt elbírálása érdekében a complaints@colonnade-insurance.com e-mail címre küldött e-mailben.

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@mnk.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@mnk.hu; cím: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.*) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet.

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezésére irányuló kérelem benyújtása céljából rendszeresített formanyomtatványt az alábbi címen érhetik el: <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>

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>.



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 jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító a létre nem jött Biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megíhúsulásával 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 nevről, 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, észszerű 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 FELÜGYELETI 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) bekezdéstől.**
- **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 ajánlaton feltüntetett napon, 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 kármatokat és a károkozó Biztosított jogi képviseleti költségeit.**
- **A Ptk. 6:470 § (1), illetve (3) bekezdéseiben 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 Ügyféltájékoztató 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 Ügyféltájékoztatóban 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.

A jelen terméket értékesítő függő biztosításközvetítő nem jogosult az ügyféltől biztosítási díjat átvenni, továbbá nem jogosult a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni. A jelen terméket értékesítő független biztosításközvetítő jogosult az ügyféltől összecszerúségi korlát nélkül biztosítási díjat átvenni, de nem jogosult a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni. A jelen terméket értékesítő függő és független biztosításközvetítő továbbá nem jogosult a Biztosító nevében a biztosítási szerződést megkötni. A biztosítási terméket értékesítő közvetítők a Biztosítótól részesülnek jutalék jellegű javadalmazásban.



A Biztosító által elküldött biztosítási szerződés megkötésével, kezelésével és esetleges megszüntetésével, szolgáltatási igénnyel kapcsolatos dokumentumokat, tájékoztatást vagy nyilatkozatot a következő időpontokban kell kézbesítettnek tekinteni:

- a)** személyesen vagy futár útján történő kézbesítés esetén akkor, amikor a küldeményt az adott félnél igazoltan átadják;
- b)** postai küldemény esetén, amikor annak kézbesítése igazoltan megtörténik, azzal, hogy amennyiben a küldemény „ismeretlen”, „elköltözött”, „nem vette át” jelzéssel érkezik vissza a másik fél címéről, akkor a küldemény visszaérkezésének napja a kézbesítés napjának, míg a „nem kereste” jelzéssel történő visszaérkezés esetén, a sikertelen kézbesítést követő 5. (ötödik) munkanapot;
- c)** elektronikus út (e-mail) esetén abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a Biztosító igazolható módon kiküldte a szerződő által megadott e-mail címre.





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

Adathalászat

E-mailben tett csalárd kísérletek, amelyek célja, hogy rávegyék a Biztosítottat egy tranzakcióra vagy olyan személyes adatok közlésére, amelyekkel pénzt vehetnek le a Biztosított fizetőeszközeiből.

Assistance Szolgáltató

AWP Austria GmbH

Székhely: Austria, 1140 Vienna Linzer Straße 225

Céjegyzékszám: FN 151080 b

Bankszámla

Az a személyes vagy közös számla, amelyet a Biztosított magyarországi működési engedéllyel rendelkező bankjánál vezet, vagy amelynek társtulajdonosa.

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.

Besurranásos lopás

A Biztosított fizikai fizetőeszközeinek a Biztosított otthonából, a Biztosított jelenlétében és a Biztosított vagy családtagja tudta nélkül behatoló harmadik személy általi ellopása.

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 ICD/BNO kódok alapján. 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 Biztosítási kötvényben megjelölt időszak, amelyre a Biztosítási fedezet vonatkozik. A Biztosítási időszak egy év. Határozott tartamú Biztosítási szerződés esetén a Biztosítási kötvényen feltüntetett időtartam.

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 bekövetkeztékor 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.

Biztosított Gyermekek személyes tárgyai

Olyan hordozható tárgyak, amelyeket a biztosított Gyermekek általában magával visz, és bizonyíthatóan iskolai-, művészeti iskolai-, sportolási-, hétköznapi tevékenységéhez szükségesek, és a térítésköteles baleset során megsérültek, javításuk, cseréjük szükséges.

Biztosított Gyermekek sportfelszerelése

Olyan hordozható tárgyak és ruházat, amelyeket a biztosított Gyermekek általában magával visz, és bizonyíthatóan sportolási tevékenységéhez szükségesek, és a térítésköteles baleset során megsérültek, javításuk, cseréjük szükséges.

Biztosított tárgy (assistance szolgáltatás esetén)

Bármely olyan új tárgy (ingóság), amelynek egyedi értéke meghaladja a „Mire terjed ki a biztosítási fedezet?” részben említett összeget, beleértve az adót és a szállítási költséget, és amelyet a Biztosított vásárolt, és amelyet a Biztosító biztosít.

Büntetőeljárás (vádemelés)

A Biztosított ellen jogellenes cselekmény miatt indított bírósági eljárás megindítása és lefolytatása.

Csonttörés, Csontrepedés

A csontszövet folytonosságának teljes- vagy részleges megszakadása.

Daganatos megbetegedés

Olyan egészségügyi állapot, amelyben a Biztosított esetében Szakorvos pozitív szövettani lelet alapján daganatos megbetegedést diagnosztizált, az ICD/BNO szerint releváns daganatos vagy rosszindulatú betegséggel. Daganatos betegség esetén a Biztosító a Daganatos betegség Értékelési táblázatban felsorolt Diagnózisokat veszi figyelembe.

Diagnózis

Az ICD/BNO szerinti Betegség meghatározása a jelenleg ajánlott orvosi eljárásokkal. A Diagnózist Szakorvosnak kell felállítania, és azt az egészségügyi intézményben objektív vizsgálati módszerekkel végzett vizsgálatok eredményeivel kell alátámasztani.

Dologi kár

Vagyontárgyak sérülése vagy megsemmisülése vagy használhatatlanná válása.

Eladó

A fő tevékenységi helye szerinti országnak megfelelően szervezett, engedélyezett és bejegyzett, áruk online értékesítésével foglalkozó jogi személy.

Elvesztés

A biztosított tárgy birtokának nem szándékos esemény, erőszakos rablás, zsebtolvajlás vagy engedély nélküli eltulajdonítás nélküli elvesztése vagy visszaszerzésének lehetetlensége.

Erőszakos behatolás járműbe

Meghatározható időben és helyen a biztosított tárgyat, amely nincs szem előtt, ellopják egy lezárt járműből, miközben minden rendelkezésre álló védelem használatban van, így fizikai erő és erőszakos behatolás szükséges a járműbe.

Eszköz dobozában található további tartozékok

A gyártó által biztosított, az eredeti szállításban szereplő kiegészítő alkatrészek (pl. távirányítók, szíjak vagy pántok, töltők, fejhallgatók).



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

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

Észszerű intézkedések:

Minden olyan intézkedés, amelyet az adott körülmények között a Biztosított tárgy elvesztésének, véletlen károkozásának vagy ellopásának megelőzése érdekében észszerűen elvárható a Biztosítottól.

Fekvőbeteg

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

Fizetőeszköz

Pénzintézetek által biztosított fizikai fizetőeszközök és online fizetési számlák, kivétel készpénz.

Fizikai fizetőeszköz

A Biztosított által birtokolt, magyarországi felügyeleti szervek által engedélyezett pénzintézet által a Biztosított nevére kibocsátott és az adott pénzintézetnél vezetett fizetési számlájához kapcsolódó fizikai és virtuális betéti és hitelkártyák, kivétel készpénz.

Fizikai fizetőeszközök jogtalan eltulajdonítása

Betöréses lopás - erőszakos behatolás járműbe, Betöréses lopás - erőszakos behatolás helyiségbe, Rablás, Menekülés közbeni lopás és Illegális behatolással elkövetett lopás.

Fizikai fizetőeszközök jogtalan elvesztése

Ha a Biztosított fizikai fizetőeszközei nem állnak a Biztosított birtokában, vagy nem tudja azokat visszaszerezni olyan véletlen esemény miatt, amelyet nem a fizikai fizetőeszközök ellopása okozott.

Fizikai fizetőeszközök sérülése vagy megsemmisülése

Váratlan és nem szándékos esemény által okozott kár vagy megsemmisülés, amely egy meghatározható időben és helyen következik be, és a Biztosított fizikai fizetőeszközeinek működését vagy biztonságos használatát akadályozza.

Fizikai fizetőeszközökkel kapcsolatos csalárd kiadások

Fizikai és/vagy online áruvásárlás a Biztosított ellopott fizikai fizetőeszközével

Futár(szolgálat)

Az áru- vagy dokumentumszállítással kapcsolatos tevékenység folytatására megfelelő engedéllyel rendelkező vállalkozás.

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.

Gyógyászati segédeszköz

A Balesettel kapcsolatos gyógyulási folyamat támogatásához szükséges eszköz, mint például fűző, protézis, ortézis, mankó, stabilizátor, merevítő, járókeret, fekvőmatrac, fekvőágy.



Harmadik fél

a Biztosított személyen kívüli természetes vagy jogi személy.

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.

Hibás szállítás

A Biztosított tárgyat sérülten vagy hiányosan szállítják le.

Hozzá tartozó

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

ICD/BNO

az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által létrehozott Betegségek és egészségügyi problémák nemzetközi osztályozása. Jelen biztosítási feltétel a 10. kiadás (ICD-10) alapján sorolja be a Betegségeket és egészségügyi problémákat. Amennyiben az orvosi dokumentáció ICD kód helyett BNO kódot tartalmaz, akkor a Biztosító a BNO kód alapján szolgáltat, a BNO kód, ICD kódnak való megfeleltetésével. Amennyiben a BNO kód nem feleltethető meg egy az egyben egyik ICD kódnak sem, akkor a Biztosító a BNO kód alapján, a tartalmában hozzá leginkább hasonló ICD kódot alkalmazza a Betegségek és egészségügyi problémák besorolásának megállapításához.

In-Situ daganatok (tumor, pre-invazív)

a rákos sejtek helyi növekedése, amelyek nem terjedtek túl azon a hámhártya bazális membránján, ahonnan kiindultak, és nem hatoltak be a környező szövetekbe.

Iskolai kirándulás: a biztosítási időszak alatt egy oktatási intézmény által szervezett kirándulás, amelyen a Biztosított gyermek részt vesz.

Ízületi ficam (luxation) – ízületi felületek elmozdulásával

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

Járóbeteg

Olyan személy, akit a szakrendelőben- vagy Kórházban orvosi ellátásban részesítettek, de fekvőbetegként nem vettek fel a szakrendelőben vagy Kórházban.

Jogi segítségnyújtás

A Biztosítottnak, egy ellene indított jogi eljárás következtében ügyvéd- vagy jogi tanácsadó támogatására és tanácsadására van szüksége. Büntetőeljárás, szándékos törvénysértés esetén jogi segítségnyújtást nem szolgáltat a Biztosító.

Jogosulatlan csalárd pénzügyi tranzakció

Harmadik fél által a Biztosított beleegyezése nélkül, távolról szervezett és engedélyezett pénzmozgás, amely nem a fizikai fizetőeszköz ellopásának következménye, és amely közvetlenül és kizárólag pénzügyi veszteséget eredményez.

Jóindulatú daganat

A sejtek rendellenes növekedése, amely nem tör be a bazális membránon a környező területre, és nem képez áttéteket. A jóindulatú daganatok lassan növekednek, sebészi úton eltávolíthatók, nem újulnak ki, sejtjeik nem szóródnak szét a szervezetben.



Kedvezményes egészségügyi szolgáltatói hálózat hoz való hozzáférés

A Biztosító, a Biztosított részére hozzáférést biztosít saját Kedvezményes egészségügyi szolgáltatói hálózatához (patikusok, Orvosok, ápolók, fogorvosok stb.), akikkel kedvezményes szolgáltatási díjakban állapodott meg. A Kedvezményes egészségügyi szolgáltatói hálózathoz való hozzáférés feltétele az egészségügyi állapot diagnózisa és az orvosi szolgáltatások iránti igény.

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. 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.

Kézbesítés elmaradása

A biztosított tárgy átvételének elmaradása az eladó által megállapított szállítási határidőtől számított 14 napon túl.

Kórház

Az adott ország tisztiorvosi és szakmai felügyelete által elismert, engedélyezett Fekvőbetegellátást 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.

Külső okok

Informatikai eszközök és Perifériák hibás működésének okai, amelyek nem kapcsolódnak a rendszerhibákhoz és a szoftverhibákhoz.

Lábadozás

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

Lopás

Az elkövető a Biztosított Vagyontárgyait jogtalanul eltulajdonítja.

Lopás mozgás közben

A Biztosított fizikai fizetőeszközének jogtalan fizikaierőszak nélküli eltulajdonítása miközben az a Biztosítottfelügyelete alatt-, legfeljebb egy méteres távolságon belül van.

Magánemberként okozott kár

Magánemberként okozott kárnak tekintendők a Biztosított személyek foglalkozásán, hivatásán, politikai tevékenységén vagy üzletszerű gazdasági tevékenységén kívül okozott károk.

Magas vérnyomás

Magas vérnyomás vagy hipertónia (vagy artériás hipertónia) esetén az artériákban a vérnyomás tartósan 140/90 mmHg felett marad.

Magas koleszterinszint

A koleszterin a zsírhoz (lipid) hasonló anyag, amely elengedhetetlen a szervezet normális működéséhez. Elsősorban a máj állítja elő, de a táplálékkal is elfogyasztják. A megemelkedett koleszterinszint felhalmozódhat az artériák falában, elzárva a véráramlást és megemelve a vérnyomást. A vér koleszterinszintje általában akkor tekinthető magasnak, ha meghaladja az 5,0 mmol/liter értéket.

**Meghatalmazással elkövetett csalárd pénzügyi tranzakció**

A Biztosított által a pénzintézettel egyeztetett formában engedélyezett, de harmadik fél által távolról irányított pénzmozgás, amely nem a fizikai fizetőeszköz ellopásának következménye, és közvetlenül és kizárólag pénzügyi veszteséget eredményez.

Mozgásképtelenség

bármilyen orvos által diagnosztizált, mozgásra vagy szokásos háztartási feladatok ellátására való fizikai képtelenség, amely orvos által előírt otthoni pihenést tesz szükségessé.

Munkaképtelenség

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

Műtét

Szakorvos által végzett (sebészi) beavatkozás, melyet Kórházban, olyan Balesetből eredő testi sérülés- vagy Betegség miatt végeznek el, amelyet a Biztosított a Biztosítási időszak alatt szenvedett el.

Nagyfeszültség

Sérülés vagy kár okozásához elégséges elektromos potenciál.

Nem megfelelő szállítás

A Biztosított tárgy nem felel meg a megrendelőlapon megadott leírásnak, vagy nem felel meg a Biztosított által kiválasztott tételnek az alábbi értékelési szempontok valamelyike alapján:

- állapot, pl. „használt” a „új és nem használt” helyett vagy „már nem működik”; a „működő” helyett;
- anyag, pl. „valódi bőr” helyett „műbőr”, vagy „tömör fa” helyett „furnér”;
- termékgeneráció, pl. „első generáció” a „legújabb generáció” helyett;
- egy termék teljessége, pl. „teljes sakk-készlet” helyett „sakk-készlet, amelyből egy bábu hiányzik”;
- a márkának való megfelelés, pl. olyan biztosított tárgy, amely nem a megnevezett gyártótól származik (ez akkor is érvényes, ha a Biztosított tárgyat a vámon lefoglalják). A hamisítványok szándékos vagy feltételes szándékkal történő vásárlása azonban nem tartozik a hatálya alá;
- szín, pl. olyan Biztosított tárgy, amelynek színe nem azonos a megrendelőlapon feltüntetett színnel.

Nukleáris anyagok

Ionizáción, maghasadáson, magfúzió, anyagok lebomlásán vagy stabilizációján keresztül végbemenő radioaktív-anyag-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, Hozzá tartozója, vagy vele vagy Hozzá tartozójával közös háztartásban élő személy a Biztosítási feltételek szempontjából nem minősül Orvosnak, abban az esetben sem, ha az előbbi feltételeknek megfelel.

Önrész

A biztosítási kárigény fix összege vagy százalékos aránya, amelyet a Biztosító levon a szolgáltatási összegből.

Periféria

Informatikai eszközhöz csatlakoztatható berendezés.

Pénzeszköz

Különbéle pénzneben (forint, valuta, deviza) megjelenő fizetési eszközként felhasználható eszközök.



Pénzintézetek

Magyarországi felügyeleti szervek által engedélyezett és felügyelt pénzügyi vállalkozások.

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.

Rendszerhiba

A hardverek és/vagy operációs rendszerek meghibásodása.

Robbanás

Gázok vagy gőzök túlgúlsra való hajlama által okozott hirtelen energiakiáramlás.

Rosszindulatú daganat

A sejtek ellenőrizetlen növekedése és szaporodása, amelyek destruktív módon behatolnak a környező szövetekbe és szervekbe, és másodlagos rosszindulatú lerakódásokat (áttéteket) képeznek távoli szervekben.

Segítőkutya

Segítőkutyanak tekintünk minden olyan kutyát, amelyet egyénileg képeztek ki arra, hogy munkát végezzen vagy feladatokat hajtson végre egy Baleset következtében maradandó egészségkárosodással élő személy javára, beleértve a fizikai, érzékszervi, pszichiátriai, értelmi vagy egyéb mentális fogyatékosságot, és a kutyát a Magyar Terápiás és Segítőkutya Szövetség Egyesületet (MATESZE) segítőkutyaaként minősítette.

Szakorvos

Szakrendelőben vagy Kórházban dolgozó Orvos, aki szakirányú képzéssel 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.

Személyi sérülés

A kockázatviselés időtartama alatt bekövetkező testi sérülés vagy egészségkárosodás, vagy a kockázatviselés időtartama alatt bekövetkezett ilyen testi sérülésből vagy egészségkárosodásból eredően bármikor bekövetkező haláleset. Nem minősülnek személyi sérülésnek a testi sérülés nélkül előálló kizárólag pszichés vagy mentális rendellenességek, pszichiátriai betegségek és szindrómák.

Sérült biztosított tárgy

Biztosított tárgy, amely a törött alkatrészek vagy a fizikai sérülés miatt bekövetkezett anyag- vagy szerkezeti hiba miatt már nem tudja ellátni a rendeltetésének megfelelő funkciót.

Szoftverhiba

A telepített programok és/vagy illesztőprogramok hibái.

Szolgáltató

A Biztosító által, a Biztosított részére nyújtott támogatásra kijelölt technológiai szolgáltató.

**Szövettani vizsgálat**

az orvostudományban alkalmazott diagnosztikai módszer, amely az eltávolított szövetek mikroszkópos képalkotásán és elemzésén alapuló, folyamatban lévő betegségfolyamatok diagnosztizálását teszi lehetővé.

Szürkepiac

Egy vállalat termékét különböző országokban engedély nélkül beszerző és értékesítő kereskedők.

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.**TNM (a rosszindulatú daganatok nemzetközi osztályozása)**

Egy anatómiai alapú rendszer, amely rögzíti a daganat elsődleges és regionális csomóponti kiterjedését, valamint az áttétek hiányát vagy jelenlétét. A T kategória az elsődleges daganat helyét és méretét, az N kategória a regionális nyirokcsomó érintettségét, az M kategória a távoli áttét jelenlétét vagy hiányát írja le.

Ha a dokumentáció nem tartalmazza a TNM-besoroláshoz szükséges adatokat, a Biztosítónak joga van a Biztosító megbízásából eljáró orvosszakértő véleménye alapján elvégezni a besorolást.

Tűz (assistance szolgáltatás esetén)

Erre szolgáló forrás nélkül bekövetkező, vagy spontán módon az eredeti helyéről más területre terjedő égési folyamat.

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 időszak pontos hosszát az egyes kockázatokra vonatkozóan mindig a Biztosítási kötvény tartalmazza.



Vásárlás időpontja

Az eladótól való vásárlás dátuma.

Vásárlást igazoló számla

A vásárlást igazoló dokumentum, amely bizonyítja, hogy a biztosított tárgyat Ön a vásárlás napján vásárolta. A dokumentumnak tartalmaznia kell a biztosított tárgy bizonyos azonosító adatait, beleértve a gyártót, a típust/modellt, a sorozatszámot és/vagy az IMEI-számot, valamint az eladóét, beleértve az eladó nevét és ÁFA-számát.

Véletlen károkozás

Olyan, váratlan és nem szándékos esemény által okozott kár, amely meghatározott időben és helyen következik be, és a biztosított tárgy működőképességét vagy biztonságos használatát akadályozza. Okozhatja leesés, ütközés, folyadék behatolása.

Vételár

A Biztosított tárgyért fizetett ár, beleértve az összes adót a vásárlás napján, ahogyan az a Biztosított tárgy vásárlási számláján szerepel. A Vételár eltérhet a piaci értéktől, mivel tartalmazhat kedvezményeket vagy különleges ajánlatokat.

Villámcsapás

Villám közvetlen átvezetése fizikai tárgyakra.

Vízszivárgás

A megfelelően csatlakoztatott vízvezetékekből, 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.

Zsebtolvajlás

A Biztosított fizikai fizetőeszközeinek ellopása a Biztosított zsebéből vagy táskájából, különösen tömegben.

MŰTÉTI TÉRÍTÉS BIZTOSÍTÁSI FEDEZET - ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

A műtéti beavatkozás leírása	A szolgáltatás a biztosítási összeg %-ában kifejezve
a) Vakbél eltávolítás	15%
b) Bélreszekció, gyomorreszekció – nyitott műtét	70%
c) Bélreszekció, gyomorreszekció laparoszópos eljárással	50%
d) Gastro-enterostomia, gastrointestinalis by pass műtét	60%
e) Epehólyag eltávolítása – nyitott műtét	50%
f) Epehólyag eltávolítása laparoszópos eljárással	30%
g) Gyomoreltávolítás – nyitott műtét	70%
h) Máj részleges eltávolítása – nyitott műtét	70%
i) Máj részleges eltávolítása laparoszópos eljárással	50%
j) Májátültetés	100%
k) Laparotómia diagnosztikai vagy kezelési célból, illetve valamely szerv eltávolítása céljából, kivéve, ha a jelen feltételek másként rendelkeznek	50%
l) Laparotómia diagnosztikai vagy kezelési célból, kivéve, ha a jelen feltételek másként rendelkeznek	30%
m) Orvosi indok miatt végzett gyomorgyűrű behelyezés	20%
KELÉS	
a) Egy vagy több testfelszíni kelés, tályog, furunkulus felvágása	10%
b) Egy vagy több karbunkulus vagy kórházi kezelést igénylő kelés kezelése	10%
AMPUTÁCIÓ	
a) Egy kezujj vagy lábujj (mindegyik)	10%
b) Kéz, alkar, illetve lábfej a bokánál	25%
c) Lábszár, kar vagy comb	50%
d) Comb csípőnél	70%
EMLŐ	
a) Egy emlő radikális eltávolítása, a hónalji nyirokcsomóval együtt	50%
b) Mindkét emlő részleges eltávolítása, a hónalji nyirokcsomóval együtt	100%
c) Egy emlő részleges eltávolítása	30%
d) Mindkét emlő részleges eltávolítása	60%
e) Emlő protézis beültetés vagy emlőpótlás plasztikaimódszerrel rosszindulatú daganat műtete után	15%

A műtéti beavatkozás leírása	A szolgáltatás a biztosítási összeg %-ában kifejezve
MELLKAS	
a) Teljes mellkas plasztika	100%
b) A tüdő vagy a tüdő egy részének eltávolítása – nyitott műtét	70%
c) A tüdő vagy a tüdő egy részének eltávolítása endoszkóppal (VATS)	50%
d) Mellkas feltárása diagnosztikai vagy kezelési célból, kivéve a punkciót	30%
e) Mediasztinoszkópia	15%
f) Bronchoszkópia- diagnosztikai célú	10%
g) Bronchoszkópia – műtéti célú, a biopszia kivételével	20%
h) A mellüreg lecsapolása és a genny/folyadék eltávolítása, kivéve a punkciót	10%
i) Tüdőátültetés	100%
SZÍV-ÉS ÉRRENDSZER	
a) Szívkatéterezés (coronarographia)	10%
b) Szívkatéterezés beavatkozással és sztent beültetésével	20%
c) Pacemaker beültetése, defibrillátor (ICD/BNO)	20%
d) Szívműtét, beleértve a bypass műtétet	100%
e) Szívműtét, beleértve az angioplasztikát, ablációt -	75%
f) Főverőér tágulat műtéte endovascularis módszerrel (TAVI)	75%
g) Nyílt érsebészeti műtétek	100%
h) Főverőér tágulat műtéte (stentgraft)	75%
i) Szívátültetés	100%
FÜL	
a) Belső fül műtét	30%
b) Középfül-műtét	20%
c) Külső fül-műtét	10%
d) Fül felszúrása	5%
NYELŐCSŐ	
a) Szűkület megoperálása	50%
b) Szűkület megoperálása - endoszkóposan	20%
c) Gastroszkópia, nyelőcsőtükrözés (ERCP is)	20%
d) A nyelőcső eltávolítása, helyreállító műtéttel	100%

A műtéti beavatkozás leírása	A szolgáltatás a biztosítási összeg %-ában kifejezve
SZEM	
a) Retina leválás – többszörös fúzió	50%
b) Hályog (szürkehályog - egyik szem)	30%
c) Hályog (szürkehályog - mindkét szem)	50%
d) Glaukóma (zöldhályog – egyik szem)	20%
e) Glaukóma (zöldhályog – mindkét szem)	30%
f) Szemgolyó eltávolítása - egy szem	30%
g) Szemgolyó eltávolítása - mindkét szem	40%
h) Üvegtest eltávolítás (vitrectomia) - egy szem	10%
i) Üvegtest eltávolítás (vitrectomia) - mindkét szem	20%
j) Árpa vagy krónikus árpa eltávolítása	5%
k) Áthatoló szemsérülés műtéte	60%
TÖRÉSEK (egyszerű)	
a) Csípőcsontok (fej, combnyak), medencecsontok (a csigolyák kivételével)	40%
b) Csípőcsontok (fej, combnyak) - teljes ízületi plasztika	50%
c) Combcsont (a combfej és a combnyak kivételével)	40%
d) Csigolyák (kivéve a farokcsontot), kompressziós törés, egy vagy több	40%
e) Felkarcsont, sarokcsont, koponya (kivéve az arccsontot és az orrcsontot, alsó állkapocscsontot)	25%
f) Lapocka, kulcscsont	15%
g) Sípcsont, szárkapocscsont, orsócsont, singcsont - egy csont	15%
h) Sípcsont, szárkapocscsont, orsócsont, singcsont – két csont	20%
i) A lábfej csontjai (lábtőcsontok, lábközépcsontok), boka, térdkalács, kéz (kézközépcsontok), csukló, farokcsont - egy vagy több csont.	10%
j) Az ujjak, a lábujjak, az állcsont, az orr csontjai - egy vagy több csont	5%
HÚGY-ÉS IVARSZERVI RÉSZ	
a) Vese eltávolítása – nyitott műtét	70%
b) Vese eltávolítása laparoszko-pos eljárással	50%
c) Veseátültetés	100%
d) Laparotómia a vese, a húgyvezeték vagy a hólyag daganatainak és köveinek diagnosztizálása vagy kezelése céljából, invazív műtét révén	60%
e) A húgyvezeték vagy a hólyag daganatainak és köveinek diagnosztizálása, kezelése vagy eltávolítása céljából, endoszkópiával vagy a kő szétzúzásával	20%

A műtéti beavatkozás leírása	A szolgáltatás a biztosítási összeg %-ában kifejezve
f) Húgyvezeték szűkülete – nyitott operáció	30%
g) Húgyvezetéken belül – invazív műtét	15%
h) Prostatata teljes eltávolítása nyitott műtéttel	70%
i) Prostatata részleges eltávolítása – endoszkópiás eszközökkel	25%
j) Herekiirtás vagy mellékherekiirtás	25%
k) Vízszerv vagy variocele	10%
l) A méh és mindkét petefészék eltávolítása, beleértve a petevezetéseket is	70%
m) Az egyik petefészék eltávolítása, beleértve a petevezeteket is	30%
n) Petefészékeltávolítás	50%
o) Fibroid daganat (myoma) göb eltávolítása	25%
p) Incontinencia szalag behelyezése	20%
q) Abrasio, Conisatio	10%
PAJZSMIRIGY	
a) A pajzsmirigy teljes eltávolítása	50%
b) A pajzsmirigy részleges eltávolítása	30%
SÉRV	
a) Lágyék- vagy combsérv egyoldali	20%
b) Lágyék- vagy combsérv kétoldali	25%
c) Hasfali sérv	20%
d) Hasfali- (műtét utáni, hegsérv) vagy köldöksérv	25%
ÍZÜLETEK	
a) Bevágás az ízületbe Betegség vagy rendellenesség miatt, kivéve, ha a jelen feltételek erről másként rendelkeznek, és kivéve lecsapolást	15%
b) A váll, a könyök, a csípőízület vagy a térdízület artroszkópiája, a szalaggal történő rögzítés kivételével.	40%
c) Váll, csípő operációja, nyitott rögzítése, szétválasztása vagy helyreillesztése	50%
d) Térd, könyök, csukló, boka operációja, nyitott rögzítése, szétválasztása vagy helyreillesztése	35%
ORR	
a) Intranazális szinusz operáció	15%
b) Extranazális szinusz operáció	35%
c) Polip eltávolítása, egy vagy több	5%
d) Nyálkahártya alatti reszekció	25%
e) Orrkagylócsonteltávolítás	10%

A műtéti beavatkozás leírása	A szolgáltatás a biztosítási összeg %-ában kifejezve
MEGCSAPOLÁS	
a) Hasüreg	10%
b) Mellkas vagy hólyag, kivéve katéterezés	5%
c) Ízületek vagy gerinc	5%
VÉGBÉL ÉS VÉGBÉLTÜKRÖZÉS	
a) Radikális reszekció, malignitás miatt, minden fázis, beleértve a végbélkivezetést	100%
b) Aranyér, csak kívül, eltávolítás – a teljes eljárás	10%
c) Aranyér belül vagy belül és kívül, beleértve a végbél progressziót, teljes műtét és injekciós kezelés	20%
d) Végbélsipoly	15%
e) Végbélrepedés	5%
f) Végbéltükrözés biopsziával vagy anélkül	10%
g) Vastagbéltükrözés biopsziával vagy anélkül (colonoscopia)	15%
KOPONYA	
a) A koponyaüregben végzett műtétek a koponyalékelés és a punkció kivételével	100%
b) Csonteltávolítás, koponyalékelés vagy dekompresszió	20%
TOROK	
a) Mandulaeltávolítás, vagy mandulaeltávolítás és orrpolipeltávolítás felnőtteknél és 15 éves és idősebb Gyermekeknél	15%
b) Mandulaeltávolítás, vagy mandulaeltávolítás és orrpolipeltávolítás 15 évnél fiatalabb Gyermekeknél	10%
DAGANATOK – az alábbiak sebészeti eltávolítása:	
a) Rosszindulatú daganatok, kivéve a nyálkahártya, a bőr és a szubkután szövet daganatait	50%
b) A nyálkahártya, a bőr és a szubkután szövet rosszindulatú daganatai	25%
c) Pilonidális szinusz vagy ciszta, vágásos operáció	25%
d) Herék vagy az emlő jóindulatú daganatai	20%
e) Ganglion	5%
f) Egy vagy több jóindulatú daganat, kivéve, amiről a jelen feltételek másként rendelkeznek	10%
g) Daganatok egyéb kezelése (rádiófrekvenciás abláció, fagyasztás)	15%



A műtéti beavatkozás leírása	A szolgáltatás a biztosítási összeg %-ában kifejezve
VISSZÉR	
a) A visszér, bármilyen technikával, egy láb	20%
b) A visszér, bármilyen technikával, két láb	30%
EGYÉB BEAVATKOZÁSOK	
a) Bőráttűtetés félvastag vagy lebeny	10%
b) Máj vagy vese percutan drain behelyezése	15%
c) Alagút szindróma	5%
d) Baleset következtében végzett fogműtét (műtéti beavatkozásonként)	5%
e) Orvos által javasolt plasztikai műtét (baleset utáni helyreállító plasztikai műtét) - hegek	5%
f) Orvos által javasolt plasztikai műtét (baleset utáni helyreállító plasztikai műtét) - testrészek rekonstrukciója	10%

BALESETI EREDETŰ, MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS BIZTOSÍTÁSI FEDEZET - ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

Egészségkárosodás megnevezése	A teljes Biztosítási összeg százalékában kifejezett szolgáltatás		
FEJ, ÁLLKAPOCS			
Koponyaacsont 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 VÉGTAJOK, KÉZ			
	JOB		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%

Egészségkárosodás megnevezése	A teljes Biztosítási összeg százalékában kifejezett szolgáltatás		
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 mozgáshiány, 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%	
CSÍPÓ			
A csípő megmerevedése		40%	
AMPUTÁCIÓ - KÉZUJJAK			
	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 teljes elvesztése		5%	
Egy lábujj amputálása, amely nem a nagylábujj		3%	



Egészségkárosodás megnevezése	A teljes Biztosítási összeg százalékában kifejezett szolgáltatás		
AMPUTÁCIÓ – ALSÓ ÉS FELSŐ VÉGTAGOK, KAR, LÁB			
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 (lábközépficam)		35%	
A lábfej részleges elvesztése (lábtő-, lábközépficam)		30%	
	JOB		BAL
Egy kar vagy egy kézfej elvesztése	60%		50%

DAGANATOS MEGBETEGEDÉS BIZTOSÍTÁSI FEDEZET - ÉRTÉKELÉSI TÁBLÁZAT

Az egyes diagnóziskódok és elnevezések a Betegségek és Egészségügyi Problémák Nemzetközi Osztályozása ICD-10/BN0 2016-os verzió szerint kerülnek meghatározásra.

TNM - a rosszindulatú daganatok nemzetközi osztályozása (a daganat stádiumának leírása)

CODE	DIAGNÓZIS ÉS NÉV	BASIC	PLUS	a teljes biztosítási összeg %-a
ROSSZINDULATÚ DAGANATOK				
C00-C14	Az ajak, a szájüreg és a garat rosszindulatú daganatai	x	x	100%
C15-C26	Az emésztőszervek rosszindulatú daganatai	x	x	100%
C30-C39	A légzőszervek és a mellkasi szervek rosszindulatú daganatai	x	x	100%
C40-C41	A csont és az ízületi porc rosszindulatú daganatai	x	x	100%
C43-C44	C43 Rosszindulatú melanoma a bőrön (TNM szerint T1-es fokozat felett)	x	x	100%
	C43 Rosszindulatú melanoma a bőrön (a TNM szerint T1N0M0 stádiumban)		x	30%
	C44 A bőr egyéb rosszindulatú daganatai		x	30%
C45-C49	A mezoteliális és lágyszövetek rosszindulatú daganatai	x	x	100%
C50	Az emlő rosszindulatú daganata	x	x	100%
C51-C58	A női nemi szervek rosszindulatú daganatai	x	x	100%
C60-C63	A férfi nemi szervek rosszindulatú daganatai	x	x	100%
	C61 A prosztata rosszindulatú daganata - a TNM-rendszerben leírt T2N0M0-nál magasabb stádiumban	x	x	100%
	C61 A prosztata rosszindulatú daganata - a TNM alapján leírt T2N0M0-nál kisebb stádiumban		x	30%
C64-C68	A húgyutak rosszindulatú daganatai	x	x	100%
C69-C72	A szem, az agy és a központi idegrendszer más részeinek rosszindulatú daganatai	x	x	100%
C73-C75	A pajzsmirigy és más endokrin mirigyek rosszindulatú daganatai	x	x	100%
	C73 Pajzsmirigy rosszindulatú daganata - papilláris vagy follikuláris pajzsmirigyrák, a TNM-skála szerint legalább T2N0M0 fokozatban leírt pajzsmirigyrák	x	x	100%
	C73 Pajzsmirigy rosszindulatú daganata - papilláris vagy follikuláris pajzsmirigyrák a TNM alapján leírt T2N0M0-nál alacsonyabb stádiumban		x	30%
C76-C80	Rosszindulatú daganatok nem pontosan meghatározott, másodlagos és meghatározatlan helyen	x	x	100%
C81-C96	A limfoid, vérképző és rokon szövetek rosszindulatú daganatai, amelyeket elsődlegesnek nyilvánítottak vagy vélhetően elsődlegesnek tartanak	x	x	100%
C97	Független (elsődleges), több helyen előforduló rosszindulatú daganatok	x	x	100%

CODE	DIAGNÓZIS ÉS NÉV	BASIC	PLUS	a teljes biztosítási összeg %-a
KIVÁLASZTOTT IN SITU DAGANATOK				
D00	Carcinoma in situ a szájüregben, a nyelőcsőben és a gyomorban		x	30%
D01	Egyéb és nem meghatározott emésztőszervek in situ karcinómája		x	30%
D02	Carcinoma in situ a középfülben és a légzőrendszerben		x	30%
D03	Melanoma in situ		x	30%
D05	Carcinoma in situ az emlőben		x	30%
D06	Carcinoma in situ a cervix uteriben		x	30%
D07	Egyéb és nem meghatározott nemi szervek in situ karcinómája		x	30%
D09	Egyéb és nem meghatározott helyek in situ karcinómája		x	30%
JÓINDULATÚ AGYDAGANAT			x	30%
D32	Az agyhártya jóindulatú daganatai- idegsebészeti eltávolítást igényel, vagy ha a műtét elmarad, maradandó neurológiai károsodást okoz (a testi funkciók olyan károsodása, amely a javulás kilátása nélküli, maradandó funkcionális károsodást eredményez).	x	x	100%
	- nem igényel idegsebészeti eltávolítást és nem okoz maradandó idegrendszeri károsodást		x	30%
D33	Az agy és a központi idegrendszer más részeinek jóindulatú daganatai - idegsebészeti eltávolítást igényel, vagy ha a műtét elmarad, maradandó neurológiai károsodást okoz (a testi funkciók olyan károsodása, amely a javulás kilátása nélküli, maradandó funkcionális károsodást eredményez).	x	x	100%
	- nem igényel idegsebészeti eltávolítást és nem okoz maradandó idegrendszeri károsodást		x	30%

TNM - a rosszindulatú daganatok nemzetközi osztályozása (a daganat stádiumának leírása)

COLONNADE

A FAIRFAX COMPANY

