



CSOPORTOS BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS

BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉS
ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

001-2023

COLONNADE 
A FAIRFAX COMPANY

Csoportos baleset- és betegségbiztosítás

Biztosítási termékismertető

A társaság: Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe

A termék: Csoportos baleset- és betegségbiztosítás - GPA - 001-2023



Jelen biztosítási termékismertetőben leírtak tájékoztató jellegűek, nem minősülnek nyilvános ajánlattételnek. Részletes információkról kérjük tájékozódjon a mindenkor hatályos biztosítási feltételekből.

Feltételrendszer: Colonnade Csoportos Baleset- és Betegségbiztosítás Szerződési Feltételek 001-2023

Milyen típusú biztosításról van szó?

Csoportos baleset- és betegségbiztosítás



Mire terjed ki a biztosítás?

Szolgáltatások	
✓ Baleseti halál	✓ Baleseti eredetű csonttörés (egyösszegű)
✓ Baleseti maradandó teljes rokkantság (100%)	✓ Égési sérülések
✓ Baleseti maradandó rokkantság (1-100%)	✓ Kórházi műtéti szolgáltatás baleset esetén
✓ Közúti közlekedés alatt bekövetkezett balesetből származó halál	✓ Kórházi műtéti szolgáltatás baleset és betegség esetén
✓ Közúti közlekedés alatt bekövetkezett balesetből származó maradandó teljes rokkantság (100%)	✓ Ideiglenes teljes keresőképtelenség baleset esetén (egyösszegű)
✓ Közúti közlekedés alatt bekövetkezett balesetből származó maradandó rokkantság (1-100%)	✓ Ideiglenes teljes keresőképtelenség baleset esetén (napi térítés)
✓ Kórházi napi térítés baleset esetén / 1-365 napig	✓ Ideiglenes teljes keresőképtelenség betegség esetén (napi térítés)
✓ Kiterjesztés – lábadozási támogatás (baleset esetén) a kórházi tartózkodással megegyező időtartamra	✓ Baleseti költségtérítés
✓ Kórházi napi térítés baleset és betegség esetén / 1-365 napig	✓ Kritikus betegségek
✓ Kiterjesztés – lábadozási támogatás (baleset, betegség esetén) a kórházi tartózkodással megegyező időtartamra	✓ Orvosi költségek
✓ Baleseti eredetű csonttörés, (százalékos)	

A Biztosítás részletes feltételeiről részletes felvilágosítást a vonatkozó Biztosítási feltételekben talál.



Mire nem terjed ki a biztosítás?

A Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást (nem fizet kártérítést) olyan kár tekintetében, amely közvetlenül vagy közvetve az alábbi okok miatt következett be, amelyhez az alábbi okok hozzájárultak, vagy amely az alábbi okokból ered:

- ✗ Ionizáló sugárzás vagy radioaktivitással történt szennyeződés, mely nukleáris üzemanyagból vagy bármilyen, nukleáris szemanyag elégetéséből keletkezett nukleáris hulladék következménye
- ✗ Radioaktív mérgező robbanóanyag vagy egyéb veszélyes tulajdonságú nukleáris létesítmény, illetve annak nukleáris komponense
- ✗ Patogén vagy mérgező biológiai vagy vegyi anyagok szétszóródása, alkalmazása vagy kiengedése
- ✗ Háború (függetlenül attól, hogy hivatalosan hadat üzentek-e), kivéve, ha a Biztosító írásban eltekint ennek a kizárásnak az alkalmazásától
- ✗ Terrorizmus, kivéve, ha a Biztosító írásban eltekint ennek a kizárásnak az alkalmazásától
- ✗ Saját elhatározásból történt önmegsebzés, öngyilkosság, illetve annak kísérlete, bűncselekmény elkövetése vagy annak kísérlete
- ✗ Repülés, kivéve, ha az polgári repülés utasaként, Menetrendszerű légi-járaton vagy charter járaton történik
- ✗ Olyan Baleset, melyet bizonyítottan alkoholos befolyás hatása alatt szenvednek el és/vagy olyan gyógyszer vagy gyógyszerek hatására, melyeket nem Orvos írt fel, és/vagy az orvosi recept szerinti gyógyszer szedése nem a gyártó utasításának megfelelően történt

- X** AIDS/HIV, vagy bármilyen nemi úton terjedő Betegség
- X** Aktív részvétel veszélyes sportban, beleértve az
- X** ejtőernyőzést, sárkányrepülést, para-sailing, kijelölt sípályán kívüli sielést, könnyűbúvárkodást, amatőr barlangkutatást és kötélugrást, továbbá a katonai, rendőri, vagy félkatonai szervezet szolgálatában végrehajtott kiképzés vagy feladatvégzés, kivéve, ha a Biztosító kifejezetten és írásban eltekint valamely kizárásnak az alkalmazásától
- X** Bármilyen a Biztosítási időszak kezdete előtt fennálló Testi sérülés vagy Betegség
- X** Olyan Testi sérülés, amelyet a Biztosított bármely sporttevékenységben való hivatásszerű részvétele során vagy annak eredményeként szenvedett el

A biztosítás valamennyi fedezetéhez kapcsolódó további mentesüléseket a részletes Biztosítási feltételek tartalmazzák.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, amennyiben

- !** a Biztosított halálát a Kedvezményezett jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő,
- !** ha bizonyítást nyer, hogy a Balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő, vagy azzal összefüggésben következett be.

A biztosítás valamennyi fedezetéhez kapcsolódó további mentesüléseket a részletes Biztosítási feltételek tartalmazzák.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓** A Biztosítási kötvényben szereplő Szolgáltatási táblázatban megjelölt Szolgáltatási időszak szerint.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- változás bejelentési kötelezettség
- díjfizetési kötelezettség
- kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség
- bejelentési kötelezettség
- válaszadási kötelezettség

A Biztosító szolgáltatási kötelezettségeivel kapcsolatos részletes szabályokért kérjük tanulmányozza a Biztosítási feltételek erre vonatkozó részét.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A díjbekérőn feltüntetett fizetési határidőig, átutalással



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A Biztosítási részletezőben megjelölt Biztosítási időszak szerint

A Biztosító szolgáltatási kötelezettségeivel kapcsolatos részletes szabályokért kérjük tanulmányozza a Biztosítási feltételek erre vonatkozó részét.



Hogyan szüntethetem meg a Szerződést?

Írásban, a Biztosítási időszak vége előtt legalább 30 nappal

TARTALOMJEGYZÉK

1. FOGALOM MEGHATÁROZÁSOK	5
2. ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK	8
3. A SZOLGÁLTATÁSIGÉNY BEJELENTÉSÉRE ÉS ELBÍRÁLÁSÁRA VONATKOZÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK.....	12
4. ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK	14
5. A BALESETBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOKRA VONATKOZÓ KORLÁTOZÁSOK.....	14
6. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE	15
7. EGYÉB RENDELKEZÉSEK	15
8. TÁJÉKOZTATÁS SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL	16
9. SZOLGÁLTATÁSI IDŐSZAK	20
10. SZOLGÁLTATÁSOK MEGHATÁROZÁSA	21

1. FOGALOM MEGHATÁROZÁSOK

A jelen szerződési feltételekben szereplő egyes fogalmak különleges jelentéssel bírnak. A jelen szerződési Feltételekben, a Biztosítási Részletezőben, a Szolgáltatási Táblázatokban, valamint a módosításokban dőlt betűvel szedett fogalmak alatt a következőket kell érteni:

Alkalmazott

A *Szerződő* által alkalmazott bármely személy.

Állandó lakhely szerinti ország

Az az ország, amelyben a *Biztosított* állandó lakóhelye van, vagy amelyben az elmúlt 12 hónap alatt legalább 6 hónapig tartózkodott.

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.

Betegség

Bármely a biztosítási időszak alatt diagnosztizált, előre nem látott betegség, valamint azon betegség, amelyre vonatkozóan a biztosítási fedezet kezdetét megelőző 12 hónapon túl részesült kezelésben a biztosított. Ide nem értve az olyan betegséget, egészségügyi panaszt, amely olyan körülményből vagy panaszból ered, amelyre orvosi kezelést javasoltak, kértek vagy ésszerűen kérni kellett volna, vagy amelyben a biztosítási fedezet kezdetét megelőző 12 hónapon belül részesültek.

Biztosítási eseményenkénti limit

Az a maximális összeg, amit a *Biztosító* a jelen biztosítási szerződés és bármely egyéb balesetbiztosítási szerződés alapján - mely a *Biztosító* és a *Szerződő* között jött vagy jön létre - összesen fizet valamennyi *Biztosított* vonatkozásában, akik ugyanazon *Baleset*, vagy több *Baleset* kapcsán ugyanazon eredeti esemény által okozott, annak betudható vagy annak következményeként bekövetkező *Baleseti Testi sérülést* szenvednek el.

Biztosítási időszak

A *Szerződő* és a *Biztosító* megállapodásának megfelelően a *Biztosítási részletezőben* feltüntetett időszak, mely minden esetben egy év, kivéve, ha a *Szerződő* felek írásban ettől eltérően állapodnak meg.

Biztosítási összeg

A biztosítási fedezet maximális összege, mely összeg erejéig a *Szerződő*, illetve a *Biztosított* a Biztosítóval szemben igényt érvényesíthet.

Biztosítási Részletező / Szolgáltatási Táblázat

A *Szerződő* által megvásárolt biztosítási fedezetet részletező dokumentum.

Biztosítási törvény

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII törvény.

Biztosító

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

Alapító: A Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepének alapítója a Colonnade Insurance S.A. (L-2350 Luxembourg, Rue Jean Piret 1.), nyilvántartó cégbíróság neve: Registre de Commerce et des Sociétés, Luxembourg, cégjegyzékszám: B 61605, tevékenységi engedélyt kiadó és felügyeleti hatóság: Grand-Duche de Luxembourg, Ministère des Finances,

Commissariat aux Assurances (L-1840 Luxembourg, Bureaux: 7, Boulevard Joseph II) a tevékenységi engedély száma: S 068/15. A fizetőképességről szóló jelentés elérhető a <https://www.colonnade.hu/fizetokepessegrol-es-penzugyi-helyzetrol-szolo-jelentesek> 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.

Biztosított

A *Biztosítási részletezőben Biztosítottként* megnevezett személy. Ha a *Biztosítóval* ettől eltérő írásbeli megállapodást nem kötöttek, a biztosítási fedezet a *Biztosítási időszaknak* a végéig áll fenn, vagy addig az időpontig, amíg a *Biztosított* a *Szerződő* alkalmazásában áll.

Élettárs

Az a 80 év alatti személy, aki a *Biztosítottal* egy háztartásban él, de házastársi kapcsolat nincs közöttük.

Éves bér

A *Biztosított* teljes bruttó éves bére a *Testi sérülés* bekövetkezésének időpontjában, amely nem tartalmazza a *Biztosítottat* alkalmazó *Szerződő* által fizetett túlmunka ellenértékét, a különböző jutalékokat, illetve a prémium összegét. Azon *Biztosított* esetében, aki heti bért kap, *Éves bér* alatt a *Biztosítottnak* a *Testi sérülést* megelőző tizenhárom héten át fizetett bruttó átlagos heti bér ötvenkétszeresét kell érteni.

Gépjárművel történő utazás

Amikor a *Biztosított* a *Szerződő* tulajdonát képező, vagy általa bérelt, illetve lízingelt gépjárműbe, vagy az ilyen gépjárművet időlegesen helyettesítő gépjárműbe beszáll, kiszáll, abban utazik, abba be-, illetve abból kirakodik, annak meghibásodása miatt azt az útszállást javítja, vagy abba üzemanyagot tankol.

Gyermek

A *Biztosított* bármely gyermeke, aki nem házas, és még nem töltötte be a 19. életévét, illetve nappali tagozatos tanuló esetén a 25. életévét.

Hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság

Magyar Nemzeti Bank

Háború

A nemzetek között alkalmazott katonai erőből, polgárháborúból, forradalomból vagy invázióból, forrongásból, katonai hatalom alkalmazásából, illetve kormányzati vagy katonai hatalom bitorlásából, továbbá bármely ismert vagy feltételezett *Terrorista akció* leállítására, megakadályozására vagy hatásainak csökkentésére céljából szándékosan alkalmazott katonai erőből eredő tevékenység, vagy az abban való részvétel kísérlete.

Házastárs

A *Biztosított* törvényes házastársa, aki a 18. életévét betöltötte.

Kedvezményezett

A *Biztosított* halála esetén a *Kezdeményezett* a *Biztosított*nak a magyar jog szerinti törvényes örököse. Minden egyéb szolgáltatás tekintetében a *Biztosított* minősül kedvezményezettnek, kivéve, ha a *Biztosított* írásban ettől eltérően rendelkezett és más *Kedvezményezettet* jelölt meg.

Menetrendszerinti légijárat

Az a légijárat, melynek a légitársaság által közzétett menetrendje szerinti indulási és érkezési végpontjai nemzetközileg elismert légikikötők.

Menetrendszerinti repülőjárat kumulált limit

Az a maximális összeg, amit a *Biztosító* a jelen biztosítási szerződés és bármely egyéb balesetbiztosítási szerződés alapján, mely a *Biztosító* és a *Szerződő* között jött vagy jön létre, összesen fizet valamennyi *Biztosított Testi Sérülése* vonatkozásában, amelyet a *Biztosítottak* ugyanazon menetrendszerinti repülőjárat vagy több menetrendszerinti repülőjárat balesetével összefüggésben szenvednek el, feltéve utóbbi esetben, hogy a baleseteket ugyanazon esemény okozza, vagy annak következményeként következnek be.

Múlékony sérülés

Minden olyan baleseti sérülés, amely a biztosítási időszak alatt történt, orvosi igazolással igazolható, és a felépülési idő meghaladja a 8 napot.

Napi bér (egy napra eső bér)

A havi bért kereső *Alkalmazottak* esetén a *Napi bér* összege a *Biztosított Éves bérének* háromszázhatszötöd része.

Napi nettó bér (egy napra eső bér)

A havi bért kereső *Alkalmazottak* esetén a napi nettó bér az *Éves bér* háromszázhatszötöd része, csökkentve a személyi jövedelemadóval és jogszabály alapján levont járulékokkal.

Napi bruttó bér (egy napra eső bér)

A havi bért kereső *Alkalmazottak* esetén a napi bruttó bér az *Éves bér* háromszázhatszötöd része.

Orvos

Bármely megfelelően képzett és bejegyzett *Orvos*, ide nem értve:

- a) a *Biztosítottat*,
- b) a *Biztosított* közvetlen hozzátartozóját,
- c) az *Alkalmazottat*.

Orvosi költségek

Az orvos által előírt, vagy elvégzett orvosi- vagy egyéb gyógyellátás, gyógykezelés vagy műtéti beavatkozás *Szokásos és ésszerű költségei*, valamint minden kórházi, gyógyintézeti és ambuláns ellátással kapcsolatos költség. A fogorvosi költségekre a biztosítás nem nyújt fedezetet.

Önrész

A *Szolgáltatási táblázatban* rögzített százalékos arány, meghatározott összeg vagy napok száma, mely az adott szolgáltatásra vonatkozó *Biztosítási összegből* vagy térített napok számából levonásra kerül.

Szállító jármű

Amikor a *Biztosított* díj ellenében utasként utazik olyan szárazföldi-, tengeri- vagy légi járművön, ami személyszállításra vonatkozó engedéllyel rendelkezik.

Szolgáltatási időszak

A *Biztosítási időszakon* belüli azon időszak, amely alatt a *Szerződő*, illetve a *Biztosított* a jelen biztosítás alapján biztosítási fedezet alatt áll a *Biztosítási részletezőben*, valamint a jelen feltételekben foglaltak szerint (feltéve, hogy a *Biztosító* kockázatviselése megkezdődött).

Szerződő

A *Biztosítási részletezőben* megnevezett és biztosítási fedezetbe vont vállalkozás vagy szervezet, aki a biztosítási szerződést megkötö, és a díjfizetésre kötelezettséget vállal.

Szokásos és ésszerű költségek

A felmerült díjak és költségek, ide nem értve azon költségeket, amelyek a biztosítás nélkül nem lettek volna kifizetve, továbbá azon orvosi költségeket is, amelyek orvosilag nem indokoltak.

Társbiztosított vállalkozás

A *Szerződő* olyan vállalata vagy szervezete, amelyet a *Biztosítónak* bejelentettek, és azt a *Biztosító* elfogadta.

Terrorista akció

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 okból követ el, ideértve valamely kormány befolyásolására és/vagy a lakosság, vagy annak bármely részének a megfélemlítésére irányuló szándékot.

Testi sérülés

A *Szolgáltatási időszak* alatt bekövetkezett *Baleset* által okozott *Testi sérülés*, ide nem értve a fokozatosan bekövetkező testi sérüléseket. Nem minősül *Testi sérülésnek*:

- a *Betegség*, kivéve a *Testi sérülés* következtében fellépő *Betegség*;
- a poszttraumás stressz zavar (PTSD), vagy
- a pszichológiai vagy pszichiátriai betegség vagy állapot, kivéve a gyógyíthatatlan elmebaj, amennyiben az egy *Baleset* közvetlen következménye.

2. ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK

Szerződés megkötésekor közlési kötelezettség

A *Szerződő*, illetve a *Biztosított* köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a *Biztosítóval* közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

Válaszadási kötelezettség

Köteles a *Biztosító* kérdéseire kimerítő, és a valóságnak megfelelő válaszokat adni. Köteles a kárigény jogalapjának és összegszerűségének a megállapításához szükséges felvilágosítást megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A harmadik féllel szembeni követeléseinek érvényesítéséhez a *Biztosított*, illetve a *Szerződő* köteles az ehhez szükséges, rendelkezésére álló dokumentumokat a *Biztosító* rendelkezésére bocsátani. Amennyiben nem adja meg a *Biztosító* részére a szükséges felvilágosítást, vagy nem teszi lehetővé a felvilágosítás

tartalmának ellenőrzését, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

A biztosítási díj

A Szerződő köteles a Biztosítási részletezőben megjelölt biztosítási díjat a Biztosítási részletezőben és/vagy a Biztosító által kiállított számlán megjelölt biztosítási díj befizetési határidőig befizetni, kivéve, ha a Szerződő és a Biztosító írásban ettől eltérően állapodnak meg. Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késelem nélkül bírósági úton érvényesíti. Ilyen esetben a Szerződő a megszűnés napjától számított százhusz napon belül írásban kérheti a Biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A Biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállítja, feltéve, hogy a korábban esedékessé vált biztosítási díjat megfizetik. Ha a Szerződő az esedékes díjat (díjrészletet) nem fizeti meg, és a Biztosítótól a fentiek szerinti felhívást nem kap, akkor a szerződés a Biztosítási időszak végével megszűnik.

A biztosítás tartama, a biztosítási fedezet megszüntetése

A jelen feltételek alapján kötött biztosítási szerződés határozatlan időre szól, ezen belül Biztosítási időszakokra oszlik. Ha Szerződő vagy Biztosító a Biztosítási időszak vége előtt legalább harminc nappal a biztosítási szerződést a Biztosítási időszak végére nem mondja fel, akkor az utolsó ismert biztosított létszámra és Biztosítási összegekre a biztosítás automatikusan megújul, és újabb Biztosítási időszak veszi kezdetét. A Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítót, amennyiben a Biztosítottak száma változik az előző Biztosítási időszakhoz képest. A Biztosított nem jogosult a biztosítási szerződést felmondani vagy a szerződésbe belépni.

A Biztosító a biztosítás teljes díját a biztosítási évforduló napjával, évente egy alkalommal felülvizsgálhatja.

A Biztosító a díjváltozásról a biztosítási évfordulót 60 nappal megelőzően írásban értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő nem fogadja el a díjváltozást, akkor ezt a Biztosító felé az évforduló előtt minimum 45 nappal írásban jeleznie kell. Ebben az esetben a Biztosítási szerződés az évfordulót követően változatlan éves díjon folytatódik. Ezen rendelkezés nem érinti a Szerződő felek felmondási jogát.

Amennyiben a Szerződő elmulasztja 45 napon belül írásban jelezni a Biztosítónak, hogy ellenzi a díjváltozást, akkor az a díjmódosítás elfogadásának minősül. Ebben az esetben a Biztosító megküldi a Szerződőnek a módosított kötvényt, amely alapján az évfordulót követően az aktualizált díjjal folytatódik a szerződése.

Adatvédelem

A Szerződő

- 1) kijelenti, hogy a jelen feltételek szerinti biztosítási fedezet nyújtásához szükséges, és a Biztosítottakra vonatkozó minden személyes adatot az érintett Biztosítottak előzetes és tájékoztatáson alapuló hozzájárulásával bocsátja a Biztosító rendelkezésére;
- 2) tudomásul veszi, hogy a Biztosító ezen személyes adatokat kizárólag a biztosítás nyújtása, valamint az az alapján érvényesített szolgáltatási igény kielégítése céljából kezeli, mindaddig, amíg a Biztosítóval szemben bármilyen címen igény érvényesíthető.

A biztosítási feltételek megsértése

Ha a Szerződő, illetve valamely Biztosított a jelen biztosítási feltételek valamely rendelkezését nem teljesíti, az kihatással lehet a Szerződő vagy a Biztosított által támasztott szolgáltatási igény kifizetésére.

Csalás

Bármilyen csalás, szándékos félrevezetés, vagy a szolgáltatási igénnyel kapcsolatos lényeges információ elhallgatása a kárigény elutasítását eredményezi.

Értesítések

Minden, a jelen biztosítással kapcsolatos, a *Szerződő* vagy bármely *Biztosított* által küldött értesítés az alábbi címre küldendő, kivéve, ha a *Biztosító* írásban másképpen rendelkezik:

Baleset- és egészségbiztosítási osztály vezetője

Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe

1134Budapest, Váci út 23-27.

A *Biztosító* a *Szerződő*nek címzett értesítését a *Biztosítási részletezőben* megadott címre küldi.

Egyéb érdekeltek

Kizárólag a *Szerződő*, a *Biztosított* vagy a *Kedvezményezett* jogosult a biztosítás alapján szolgáltatási igényt érvényesíteni.

Elvárható gondosság

A *Szerződő*, és valamennyi *Biztosított* köteles a kár vagy veszteség elkerülése és/vagy enyhítése céljából minden tőle elvárható intézkedést megtenni, továbbá köteles a biztosítási fedezet alá vont, ellopott vagy elveszített vagyontárgy visszaszerzése érdekében minden ésszerű erőfeszítést megtenni.

Irányadó jog, joghatóság

A *Szerződő* és a *Biztosító* között létrejött biztosítási szerződésre a magyar jog rendelkezései irányadók. Jogvita esetére a felek a magyar bíróságok kizárólagos joghatóságát kötik ki.

Kézbesítési szabályok

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

- személyesen vagy futár útján történő kézbesítés esetén akkor, amikor a küldeményt az adott félnél igazoltan átadják;
- 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 napja, míg a „nem kereste” jelzéssel történő visszaérkezés esetén, a küldemény második kézbesítésének megkísérlése napját követő 5. (ötödik) munkanap;
- elektronikus út (e-mail) esetén abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a *Biztosító* igazolható módon kiküldte a szerződő által megadott e-mail címre.

Kockázat változása

A *Szerződő* köteles a *Biztosítót* bármely az üzleti tevékenységével kapcsolatos, a *Biztosítási időszak* alatt bekövetkezett változásról azonnal értesíteni, ideértve más vállalkozás megszerzését, létrehozását vagy megszüntetését. A jelen biztosítás kizárólag a *Biztosító* előzetes, írásbeli hozzájárulása esetén nyújt fedezetet az ilyen változásokra.

Kockázatviselés kezdete

A *Biztosító* kockázatvállalása a *Biztosítási időszakon* belül akkor kezdődik, amikor a biztosítási díj a *Szerződő* által befizetésre kerül. A *Biztosító* és a *Szerződő* ettől eltérő kockázatviselési kezdetben is megállapodhatnak írásban.

Szankciós kizárás

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 Szervezetének az Európai Unió vagy bármely egyéb szervezet határozatai, kereskedelmi és gazdasági szankciói vagy jogi szabályozása szankciónak, korlátozásnak vagy tilalomnak tenné ki.

Társbiztosított vállalkozás

A *Biztosító* előzetes írásbeli hozzájárulásával a biztosítási fedezet kiterjed az előzetesen bejelentett, és a *Biztosító* által elfogadott *Társbiztosított vállalkozásokra*. Amennyiben a *Szerződő* üzleti tevékenységében bármilyen változás következik be,

a *Szerződő* kötelessége azonnal értesíteni a *Biztosítót*.

Téves információ

Amennyiben a *Biztosítóval* közölt lényeges tények vagy információk valótlanak bizonyulnak, a *Biztosító* mentesülhet a jelen biztosításban vállalt kötelezettségei teljesítése alól.

3. A SZOLGÁLTATÁSIGÉNY BEJELENTÉSÉRE ÉS ELBÍRÁLÁSÁRA VONATKOZÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1) A szolgáltatási igény alaposágát alátámasztó bizonyítékok

A *Szerződő*, a *Biztosított* vagy a *Kedvezményezett* saját költségen köteles a szolgáltatási igénnyel kapcsolatos, annak jogalapját és összecszerúségét igazoló dokumentumokat a *Biztosító* rendelkezésére bocsátani. A *Biztosító* a szolgáltatási igény elbírálásához az alább felsorolt bizonyítékokat kérheti be.

2) Bejelentés

A *Szerződő*, a *Biztosított*, valamint a *Kedvezményezett* köteles a biztosítási esemény bekövetkezéséről a lehető legrövidebb időn, de legfeljebb 30 napon belül értesíteni a *Biztosítót*. Haláleset esetén a *Biztosítót* azonnal, vagy a lehető legrövidebb időn belül kell értesíteni.

3) Orvosi vizsgálat

A *Biztosító* felkérheti a *Biztosítottat*, hogy valamely szolgáltatási igény kapcsán és a *Biztosító* költségén orvosi vizsgálatnak vesse alá magát.

Kárigény esetén a *Biztosító* a kárrendezéshez az alábbi dokumentumokat kérheti be:

Általános dokumentumok:

- Teljeskörűen kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatvány (kötvényszám, cím, átutaláshoz szükséges adatok megadásával)
- Munkáltatói igazolás, amennyiben a munkavállaló céges csoportos biztosítás keretén belül biztosított
- Orvosi dokumentáció:
 - Betegség diagnózisát tartalmazó ambuláns lap, kórházi zárójelentés, ellátási lap, szövettani lelet
 - A vizsgálatot végző orvos adatai
 - Orvosi dokumentáció
 - Orvos által kiadott igazolás a várható gyógyulás időpontjának feltüntetésével
 - Keresőképtelenséget igazoló dokumentumok
 - Rokkantság esetén annak mértékét megállapító orvosi dokumentum, OOSZI határozat, szakorvosi vélemény
- Számlák:
 - kórházi, gyógyszer, betegszállításról szóló számla, amely alapján a kártérítési összeg megállapítható
 - a kifizetést igazoló bizonylat
 - hivatalos dokumentumok kiadásának számlája
 - egyéb számla, amely alátámasztja a káreseményt
- Rendőrségi jegyzőkönyv (ha készült ilyen), illetve egyéb hivatalos/hatósági jelentés (ha készült ilyen)
- A baleset leírása bármely lehetséges szemtanúk nevével

Fedezethez kapcsolódó dokumentumok az általános dokumentumok mellett:

Baleseti halál:

- Halottvizsgálati bizonyítvány
- Boncolási jegyzőkönyv
- Halotti anyakönyvi kivonat
- Öröklési bizonyítvány, hagyatékátadó végzés
- Hatósági eljárás határozata, illetve jegyzőkönyve, ha készült ilyen

Temetési költségek:

- Temetési költségeket igazoló számla
- A számla kifizetést igazoló bizonylat

Baleseti maradandó teljes és részleges rokkantság:

- Rokkantság mértékét megállapító orvosi dokumentum, OOSZI határozat, szakorvosi vélemény
- Átképzési költségek számlája
- Átképző intézmény igazolása a képzésről, részvételről
- Kerekesszék költségét igazoló számla

Kórházi napi térítés baleset esetén:

- Kórházi zárójelentés (diagnózis, kórházi napok számának feltüntetésével)

Lábadozási támogatás megállapításához:

- Táppénzes dokumentumok
- Háziorvos által kiadott igazolás a várható gyógyulás időpontjának feltüntetésével

Csonttörés:

- Orvosi dokumentáció
- Ambuláns lap, ellátási lap

Égés:

- Ambuláns lap, ellátási lap

Műtéti térítés megállapításához szükséges dokumentumok:

- A betegség/baleset részletes leírását tartalmazó orvosi jelentés, pontos diagnózis feltüntetésével

Ideiglenes teljes keresőképtelenség baleset vagy betegség esetén:

- Keresőképtelenséget igazoló dokumentumok
- Háziorvos által kiadott igazolás a várható gyógyulás időpontjának feltüntetésével
- Beralapú *Biztosítási összeg* esetén, a kárbejelentő nyomtatványon megjelölt bér feltüntetését a munkáltató cégszerű aláírásával

A *Biztosító* fenntartja a jogot arra, hogy amennyiben nem kerül megküldésre valamely dokumentum vagy a beküldött dokumentumok ellentmondásosak vagy további tisztázandó kérdéseket vetnek fel, úgy a fentiekben nem szereplő, egyéb dokumentumot, információt, más bizonyító eszközt kérjen be.

Köteles a Biztosító kérdéseire kimerítő, és a valóságnak megfelelő válaszokat adni. Köteles a kárigény jogalapjának és összegszerűségének a megállapításához szükséges felvilágosítást megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A harmadik féllel szembeni követeléseinek érvényesítéséhez a Biztosított, illetve a Szerződő köteles az ehhez szükséges, rendelkezésére álló dokumentumokat a Biztosító rendelkezésére bocsátani. Amennyiben nem adja meg a Biztosító részére a szükséges felvilágosítást, vagy nem teszi lehetővé a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetatlenné válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

A fenti lista az eddigi kártapasztalatok és a tipikus károk, kárigények alapján készült. Erre tekintettel a *Biztosító* ugyancsak fenntartja a jogot arra, hogy amennyiben a jövőben olyan egyedi káresemény történik, vagy kárigény jelentkezik, melynek elbírálásához a fenti dokumentumoktól, bizonyító eszközöktől eltérő, vagy azokon felül további dokumentumok, bizonyító eszközök szükségesek, úgy azokat bekérje. A *Biztosító* kötelezettséget vállal arra, hogy ilyen kár esetén a csatolandó dokumentumokat, egyéb bizonyító eszközöket a bejelentéstől számított 8 napon belül megadja a *Biztosított*nak / *Szerződő*nek vagy *Kedvezményezett*nek.

4. ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

A *Biztosító* nem nyújt biztosítási szolgáltatást (nem fizet kártérítést) olyan kár tekintetében, amely közvetlenül vagy közvetve az alábbi okok miatt következett be, amelyhez az alábbi okok hozzájárultak, vagy amely az alábbi okokból ered:

- 1) Ionizáló sugárzás vagy radioaktivitással történt szennyeződés, mely nukleáris üzemanyagból vagy bármilyen, nukleáris üzemanyag elégetéséből keletkezett nukleáris hulladék következménye;
- 2) Radioaktív mérgező robbanóanyag vagy egyéb veszélyes tulajdonságú nukleáris létesítmény, illetve annak nukleáris komponense;
- 3) Patogén vagy mérgező biológiai vagy vegyi anyagok szétszóródása, alkalmazása vagy kiengedése;
- 4) *Háború* (függetlenül attól, hogy hivatalosan hadat üzentek-e), kivéve, ha a *Biztosító* írásban eltekint ennek a kizárásnak az alkalmazásától;
- 5) *Terrorizmus*, kivéve, ha a *Biztosító* írásban eltekint ennek a kizárásnak az alkalmazásától;
- 6) Saját elhatározásból történt önmegsebzés, öngyilkosság, illetve annak kísérlete, bűncselekmény elkövetése vagy annak kísérlete;
- 7) Repülés, kivéve, ha az polgári repülés utasaként, *Menetrendszerű légi-járaton* vagy charter járaton történik;
- 8) Olyan *Baleset*, melyet bizonyítottan alkoholos befolyás hatása alatt szenvednek el és/vagy olyan gyógyszer vagy gyógyszerek hatására, melyeket nem *Orvos* írt fel, és/vagy az orvosi recept szerinti gyógyszer szedése nem a gyártó utasításának megfelelően történt;
- 9) AIDS/HIV, vagy bármilyen nemi úton terjedő betegség;
- 10) Aktív részvétel veszélyes sportban, beleértve az ejtőernyőzést, sárkányrepülést, para-sailing, kijelölt sípályán kívüli sielést, könnyűbúvárkodást, amatőr barlangkutatót és kötélugrást, továbbá a katonai, rendőri, vagy félkatonai szervezet szolgáltatásban végrehajtott kiképzés vagy feladatvégzés, kivéve, ha a *Biztosító* kifejezetten és írásban eltekint valamely kizárásnak az alkalmazásától;
- 11) Bármilyen a *Biztosítási időszak* kezdete előtt fennálló *Testi sérülés* vagy *Betegség*;
- 12) Olyan *Testi sérülés*, amelyet a *Biztosított* bármely sporttevékenységben való hivatásszerű részvétele során vagy annak eredményeként szenvedett el.

5. A BALESETBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOKRA VONATKOZÓ KORLÁTOZÁSOK

1. A *Biztosító* biztosítási szolgáltatást nem teljesít, amennyiben a *Testi sérülés* vagy halál, rokkantság, vagy az *Orvosi költségek* a következők miatt merülnek fel, vagy azokhoz a következők járulnak hozzá:
 - a) *Betegség* (ami nem a *Testi sérülés* következménye), vagy
 - b) bármilyen természetesen kialakuló állapot vagy degeneratív folyamat, vagy
 - c) bármilyen fokozatosan kialakuló ok.
2. A *Biztosító* csak a következő biztosítási szolgáltatásokat teljesíti a *Biztosított*nak azon *Biztosítási időszak* lejártát követően, amelyben a *Biztosított* betöltötte a 80. életévét: baleseti halál, rokkantság, baleseti kórházi napi térítés. Ilyen esetben a *Szolgáltatási táblázatban* feltüntetett *Biztosítási összegek* 20%-a, de legfeljebb 10.000.000,- Ft kerül kifizetésre.

6. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

A *Biztosító* mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, amennyiben:

- a *Biztosított* halálát a *Kedvezményezett* jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő,
- ha bizonyítást nyer, hogy a *Balesetet* a *Biztosított* jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő, vagy azzal összefüggésben következett be.

A biztosítás szempontjából súlyosan gondatlan magatartásnak minősül többek között a *Biztosított*:

- 0,8 ‰ véralkoholszintet meghaladó alkoholos befolyásoltsága vagy kábítószeres befolyásoltsága, amennyiben a *Baleset* azzal közvetlen okozati összefüggésben következett be, illetve, ha a baleset érvényes jogosítvány nélküli vezetés során következett be.

7. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

Panaszok, viták rendezése

A *Biztosító* minden tőle telhetőt megtesz annak érdekében, hogy a *Szerződő* és a *Biztosított* 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: 06 1 460 1499; e-mail cím: info@colonnade.hu, weboldalunkon: <https://colonnade.hu/ugyintezes/panaszbejelentes/>), illetőleg személyesen vagy telefonon is nyitvatartási időben az Ügyfélszolgálatunkon (cím: 1134 Budapest, Váci út 23–27.; telefonszám: 06 1 460 1400).

Társaságunk a panaszbejelentés beérkezésétől számított 30 (harminc) napon belül írásban küldi meg válaszát a panaszos részére..

A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak minősülő ügyfél az alábbi szervezetek bármelyike előtt előterjesztheti a panaszt:

- Pénzügyi Békéltető Testület

A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos (pénzügyi fogyasztói) jogvita esetén a fogyasztó álláspontját alátámasztó bizonyítékaival a Pénzügyi Békéltető Testület (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.; ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.; levelezési cím: 1525 Budapest BKKP Pf.: 172.; telefon: +36-80-203-776; e-mail: 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 (levélcím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf.: 777.; telefon: +36-80-203-776; e-mail: 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 az illetékes 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: <https://www.colonnade.hu>.

A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

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

A Biztosító a biztosítási termékkel kapcsolatosan nem nyújt tanácsadást

Eltérés a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől

Jelen biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el, mellyel a Biztosító eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésétől.

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.

8. TÁJÉKOZTATÁS SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL

Az adatok kezelője a Colonnade Insurance S.A.

Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei:

E-mail cím: dpo@colonnade.hu, Telefonszám: +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;

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 terrorizmus finanszírozás megelőzésére vonatkozó kötelezettségeknek való megfelelés biztosítása.

A colonnade.hu honlapon keresztül online történő 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 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 Unión 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 meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosítási szerződés megkötésével, nyilvántartásával, valamint a biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a Biztosító az Sztv. 169. §-a alapján 8 évig őrzi meg.

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

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

Az adatkezelés jogalapja

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

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

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

Az érintettek jogai és azok érvényesítése

Az érintettek jogai az alábbiakra terjednek ki:

- a) kérelmezheti az adatkezelőtől a rá vonatkozó személyes adatokhoz való hozzáférést,
- b) kérheti a személyes adatai helyesbítését és kiegészítését,
- c) kérheti a személyes adatai törlését vagy kezelésének korlátozását,
- d) tiltakozhat a személyes adatok kezelése ellen,
- e) panasszal fordulhat az illetékes adatvédelmi fő felügyeleti hatósághoz (NAIH),
- f) joga van az adathordozhatósághoz, illetve
- g) kérheti a személyes adatainak direkt marketing célokra való használatának megtiltását.

a) A Biztosító az érintett kérelmére – a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 15 napon

belül írásban tájékoztatást ad az érintett részére a Biztosító vagy adatfeldolgozója által kezelt, az érintettre vonatkozó

- személyes adatok kategóriáiról és azok forrásáról;
- adatkezelés céljáról és jogalapjáról;
- személyes adatok tárolásának tervezett időtartamáról, vagy ha ez nem lehetséges, ezen időtartam meghatározásának szempontjairól;
- a címzettek vagy címzettek kategóriáiról, akikkel, illetve amelyekkel a személyes adatokat közölték vagy közölni fogják;
- az igénybe vett adatfeldolgozó nevééről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről.

A tájékoztatás ingyenes, ha a tájékoztatást kérő a folyó évben azonos adatkörre vonatkozóan tájékoztatási kérelmet az érintett természetes személy még nem nyújtott be. Egyéb esetekben az adminisztratív költségeken alapuló, 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 u. 9-11.

Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf.: 9., Telefonszám: +36 1 391 1400, Fax: +36 1 391 1410, E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu, Web: 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.

9. SZOLGÁLTATÁSI IDŐSZAK

Balesetbiztosítás

OP1 – 24 óra

24 órás, világszerte érvényes fedezet.

OP2 – Szakmai tevékenység folytatása

Amíg a *Biztosított* szakmai feladatait végzi (foglalkozásából eredő kötelezettségeit teljesíti) a *Szerződő* számára.

OP3 – Szakmai tevékenység folytatása és munkába/munkából történő utazás

- Mindaddig, amíg a *Biztosított* szakmai feladatait végzi a *Szerződő* számára,
- Bármikor, amikor a *Biztosított* a *Szerződő* helyiségeiben tartózkodik,
- Amikor a *Biztosított* a lakóhelye és a munkahelye között utazik,
- Amikor a *Biztosított* munkahelyek között utazik a *Szerződő* költségén.

OP4 – A teljes időszak kiterjesztése

Ha egy *Biztosított* hivatalos úton van az OP2 és OP3 szerinti *Szolgáltatási időszak* meghosszabbodik azzal az időszakkal, ami a hivatalos út megkezdésekor a *Biztosított* lakhelyének az elhagyásával kezdődik, és a hivatalos út befejeztével a lakóhelyére történő visszaérkezésig tart.

OP5 – A munkahelyen kívül

- Amíg a *Biztosított* hivatalos feladatait végzi és nem a *Szerződő* helyiségeiben tartózkodik,
- Amíg a *Biztosított* a lakóhelye és munkahelye között utazik a *Szerződő* költségén,
- Amíg a *Biztosított* munkahelyek között utazik a *Szerződő* költségén.

OP6 – Támadás bármikor a nap 24 órájában

Amikor a *Biztosított* egy másik személy ki nem provokált támadásának következményeként *Testi sérülést* szenved.

OP7 – Gépjárművel történő utazás

Amikor a *Biztosított* a *Szerződő* tulajdonát képező vagy általa bérelt, illetve lízingelt gépjárműbe, vagy az ilyen gépjárművet időlegesen helyettesítő gépjárműbe beszáll, kiszáll, abban utazik, abba be-, illetve abból kirakodik, annak meghibásodása miatt azt az útszélen javítja, vagy abba üzemanyagot tankol.

OP8 – Rablás bármikor a nap 24 órájában

Amikor a *Biztosított* szakmájával vagy foglalkozásával kapcsolatos feladatait végzi a *Szerződő* számára, és a *Testi sérülés a Szerződő* vagy a *Biztosított* vagyontárgyának ellopása vagy annak kísérlete miatt következik be.

OP9 – Szállító jármű

Amikor a *Biztosított* díj ellenében utasként utazik olyan szárazföldi-, tengeri- vagy légi járművön, ami személyszállításra vonatkozó engedéllyel rendelkezik.

OP10 – Speciális fedezet

A biztosítási szerződésben külön meghatározott *Biztosítási időszak* és fedezet.

10. SZOLGÁLTATÁSOK MEGHATÁROZÁSA

1. Baleseti halál

Ha egy *Biztosított Testi sérülést* szenvedett a *Szolgáltatási időszak* alatt, és kizárólag ennek következményeként, minden egyéb októl függetlenül két éven belül meghal, a *Biztosító* a *Kedvezményezettnek* a *Szolgáltatási táblázatban* meghatározott összeget fizeti az alábbi feltételek szerint.

A jelen fejezet alapján kifizetendő teljes összeg a Rokkantság fejezet rendelkezései alapján ténylegesen kifizetett összegben felül kerül kifizetésre, amennyiben a *Baleseti halál* ugyanazon *Testi sérülésből* ered.

Amennyiben a *Biztosított* égési sérülést szenved, ami kizárólag ennek következményeként, minden egyéb októl függetlenül halált eredményez, a *Biztosító* a *Kedvezményezett(ek)nek* a *Szolgáltatási táblázatban* feltüntetett baleseti halál után járó *Biztosítási összeg* kétszeresét fizeti ki.

A baleseti halál alapján fizetendő biztosítási szolgáltatás összege *Gyermekenként* 2%-kal, de legfeljebb a *Biztosítási összeg* 10%-ával növekszik.

A baleseti halál szolgáltatásra alkalmazandó különös feltételek

- 1) Ha egy *Biztosított* eltűnik, és 365 nappal az eltűnés után feltételezhető, hogy a halál *Testi sérülésből* következett be, és az illetékes bíróság vagy állami hatóság a *Biztosítottat* halottá nyilvánítja, a *Szolgáltatási táblázatban* megnevezett összeg kifizetésre kerül, feltéve, hogy a *Kedvezményezett* írásban vállalja, hogy ha később kiderül, hogy a *Biztosított* nem halt meg, a *Biztosítónak* a kifizetett összeget visszafizeti.
- 2) Rossz időjárási viszonyok miatt bekövetkező halál *Balesetnek* minősül.
- 3) A baleseti halál esetén fizetendő összeg, ha a *Biztosított* a jelen biztosítási feltételek alapján *Gyermeknek* minősül, legfeljebb 3.000.000,- Ft lehet, kivéve, ha a 16-18 év közötti *Biztosított* a *Testi sérülés* elszenvedésének időpontjában *Alkalmazottnak* minősül.
- 4) Ha a *Biztosított* baleseti halál esetére nem rendelkezik biztosítási fedezettel, a *Biztosító* rokkantság alapján legkorábban a *Baleset* bekövetkeztét követő 13. hét után teljesít kifizetést, és akkor is csak abban az esetben, ha a *Biztosított* ezen időszak alatt a *Baleset* következtében nem halt meg.
- 5) Ha a kárigény meghaladja a *Biztosítási részletezőben* rögzített *Menetrendszerinti repülőjárat kumulált limitet*, illetve a *Biztosítási eseményenkénti limitet*, a *Biztosító* a biztosítási szolgáltatás arányosított, összességében a *Biztosítási részletezőben* rögzített limit összegét meg nem haladó részét fizeti meg.
- 6) Amennyiben a *Biztosított* betöltötte a 80. életévét a *Szolgáltatási táblázatban* feltüntetett *Biztosítási összegek* 20%-a, de maximum 10.000.000,- Ft kerül kifizetésre baleseti halál esetén.

1/a Temetési költségek

Baleseti halál biztosítási szolgáltatás nyújtása esetén a *Biztosító megtéríti* a felmerült ésszerű temetési költségeket, minden egyes *Biztosított* esetében legfeljebb 1.000.000.-Ft összegig.

2. Rokkantság

Ha egy *Biztosított Testi sérülést* szenvedett a *Szolgáltatási időszak* alatt, és kizárólag ennek következményeként, minden egyéb októl függetlenül rokkanttá válik, *Végtag elvesztése* következik be, vagy *Érzékszervi károsodást* szenved, a *Biztosító* a *Biztosítottnak* a *Szolgáltatási táblázatban* meghatározott összeget fizeti az alábbi feltételek szerint.

Amennyiben a *Biztosított* rokkanttá válik (*Testi sérülés* következményeként a *Biztosítási időszak* alatt), a *Biztosító* kifizeti a *Biztosítottnak* a rokkantság miatt szükségessé vált ház és gépjármű átalakításának *Szokásos és ésszerű költségeit* maximum 500.000 Ft-ig.

Fogalom meghatározások:

Végtag elvesztése

- **Láb:**
 - a) bokánál vagy boka feletti amputációja, vagy
 - b) egy teljes lábfej vagy lábszár végleges és teljes működésképtelensége.
- **Kar:**
 - a) négy ujj amputációja a metacarpophalangealis ízületek felett (ahol az ujjak a kézfejhez csatlakoznak) vagy
 - b) egy teljes kar vagy kéz végleges és teljes működésképtelensége.

Érzékszervi károsodás

Látás elvesztése:

Látás maradandó és teljes elvesztése:

- a) mindkét szem látásának az elvesztése, ha a *Biztosítottat* hivatalosan vaknak nyilvánítják.
- b) egy szem látásának a megromlása olyan mértékben, hogy korrekció után a megmaradt látás a Snellen skála szerinti 3/60 vagy annál alacsonyabb értékű.

Beszédképesség elvesztése

A beszédképesség teljes és maradandó elvesztése.

Halláskárosodás

A hallás teljes és maradandó elvesztése.

Maradandó teljes rokkantság

Olyan fokú rokkantság, ami teljes mértékben megakadályozza a *Biztosítottat* abban, hogy a *Szerződő* részére a szokásos munkáját végezze, és ami minden valószínűség szerint teljes hátralévő életében így is marad.

Maradandó részleges rokkantság

A maradandó rokkantságra tekintettel, és annak mértékétől függően, a *Szolgáltatási táblázat* Maradandó részleges rokkantság *Biztosítási összeg* százalékos arányában teljesít a *Biztosító* biztosítási szolgáltatást. Az alábbi táblázat tartalmazza az adott rokkantság esetén fizetendő biztosítási szolgáltatás mértékét.

Az alábbiak amputációja vagy végleges és teljes működésképtelensége esetén (az ízület-merevedést /anchylosis/ ideértve)		
a)	egy hüvelykujj	30%
b)	mutatóujj	20%
c)	a mutatóujjon kívül bármelyik ujj	10%
d)	a nagy lábujj	15%
e)	a nagy lábujjon kívül bármelyik lábujj	5%
f)	váll vagy könyök	25%
g)	csukló, csípő, térd vagy boka	20%
h)	alsó állkapocs műtéti eltávolítása	30%
Csontállomány jelentős elvesztése (meghatározott és gyógyíthatatlan állapot)		
i)	koponya teljes vastagságában, a következő felületeken	
	- legalább 6 cm ²	40%
	- 3 - 6 cm ²	20%
	- 3 cm ² alatt	10%
j)	váll	40%
k)	az alkar két csontja	30%

l)	comb vagy az alsó lábszár két csontja	50%
m)	térdkalács	20%
n)	az alsó végtag megrövidülése a következő mértékben	
	- legalább 5 cm	30%
	- 3 - 5 cm	20%
	- 1 - 3 cm	10%
o)	teljes mértékű gyógyíthatatlan elmebaj)	100%
p)	egy kar, egy láb, vagy egy szem elvesztése	100%
q)	mindkét szem elvesztése, vagy két vagy több végtag elvesztése, vagy az egyik szem és egy végtag elvesztése	100%
r)	hallásvesztés mindkét fül esetén	100%
s)	hallásvesztés egyik fül esetén	100%
t) A fent rögzített esetek közé nem sorolható maradandó rokkantság esetén legfeljebb a Biztosítási összeg 100%-a fizethető ki.		

Az t) pont szerinti maradandó részleges rokkantság megtérítése a rokkantság mértéke, valamint annak a fent rögzített és az adott rokkantságra vonatkozó százalékos mértékkel való egybevetése alapján történik. Ennek során a *Biztosított* foglalkozása tényezőként nem vehető figyelembe.

Az ugyanazon *Balesetből* származó több rokkantság esetén az egyes rokkantsági típusokra meghatározott százalékok összegzésre kerülnek, de a *Biztosító* nem fizethet többet, mint a Maradandó részleges rokkantság biztosítási összegének 100 %-a.

Az ujjak (kivéve a hüvelykujj és mutatóujj) és a lábujjak (kivéve a nagy lábujjat) megmerevedése esetén fizetendő összeg az adott végtagok elvesztése esetén fizetendő összeg 50%-a.

2/a Átképzési költségek

Maradandó teljes rokkantság esetén teljesített biztosítási szolgáltatás esetén a *Biztosító* megtéríti a *Szerződőnél* felmerülő azon ésszerű költségeket, amelyek a *Biztosított* átképzése kapcsán merülnek fel, legfeljebb 1.000.000.-Ft összegig.

2/ b Kerekesszék

Rokkantság esetén teljesített biztosítási szolgáltatás esetén, amennyiben a *Biztosított* kerekesszék használatára szorul, a *Biztosító* megtéríti a *Szerződőnek* a kerekesszék költségét legfeljebb 1.000.000,- Ft összegig.

A rokkantság szolgáltatásra alkalmazandó különös feltételek

- 1) Rossz időjárási viszonyok miatt bekövetkező rokkantság *Balesetnek* minősül.
- 2) Ha a *Biztosított* nem áll munkaviszonyban, a *Maradandó teljes rokkantság* meghatározás helyébe a következő definíció lép: „Olyan fokú rokkantság, amely teljes mértékben megakadályozza a *Biztosítottat* abban, hogy bármilyen kereső tevékenységet végezzen, és ami minden valószínűség szerint a teljes hátralévő életében így is marad.”. Ideiglenes teljes keresőképzetlenség és ideiglenes részleges keresőképzetlenség biztosítási szolgáltatás nem teljesíthető ilyen esetben.
- 3) Ugyanazon *Biztosított* esetében a jelen fejezet alapján fizetendő teljes összeg az ugyanazon *Balesetből* származó több *Testi Sérülés* esetén az egyes *Testi Sérülésekre* vonatkozó biztosítási szolgáltatások összesített összege, azonban a *Biztosító* legfeljebb a *Biztosítási eseményenkénti limitet* fizeti meg, kivéve, ha biztosítási szolgáltatásként baleseti költségtérítés, átképzési költségek, temetési költségek vagy kerekesszék költségeinek térítése történik.
- 4) Ha egy *Balesetből* eredően több maradandó részleges rokkantság következik be, az egyes százalékok összegzésre kerülnek, de a *Biztosító* nem fizet többet, mint a Maradandó részleges rokkantság biztosítási összegének 100 %-a.
- 5) Ha a *Biztosító* kifizetést teljesít a test egy részének elvesztése vagy működésképtelenné válása esetén, az adott testrészrel kapcsolatosan további igény nem érvényesíthető.

- 6) Ha a kárigény meghaladja a *Biztosítási részletezőben* rögzített *Menetrendszerinti repülőjárat kumulált limitet*, illetve a *Biztosítási eseményenkénti limitet*, a *Biztosító* a biztosítási szolgáltatás arányosított, összességében a *Biztosítási részletezőben* rögzített limit összegét meg nem haladó részét fizeti meg.
- 7) Az ideiglenes teljes keresőképtelenség alapján teljesített kifizetés megszűnik a *Maradandó teljes rokkantság* alapján történő kifizetés esetén, vagy ha az korábban következik be, a *Biztosítási részletezőben* rögzített, az ideiglenes teljes keresőképtelenségre vonatkozó időszak lejártával.
- 8) Amennyiben a *Biztosított* betöltötte a 80. életévét a *Szolgáltatási táblázatban* feltüntetett *Biztosítási összegek 20%-a*, de maximum 10.000.000,- Ft kerül kifizetésre *Testi sérülésből* eredő rokkantság esetén.

3. Kórházi napi térítés baleset esetén

Ha egy *Biztosítottat* fekvő betegként vesznek fel egy kórházba *Testi sérülés* miatt (a diagnózis felállítása előtt vagy után) a *Szolgáltatási időszak* alatt, a *Biztosító* a *Biztosítottnak* megfizeti a *Szolgáltatási Táblázatban* megjelölt *Biztosítási összeget* (Kórházi napi térítés) a kórházban eltöltött minden napra, azonban legfeljebb a *Szolgáltatási Táblázatban* rögzített maximális napok után (legfeljebb 365 nap után). A *Szolgáltatási Táblázatban* *Önrészként* megjelölt napokra a *Biztosító* térítést nem fizet.

A *Biztosító* kifizeti a közvetlen családtag (aki a *Biztosítottal* egy háztartásban él) utazási költségeit maximum 50.000 Ft-ig, amennyiben a *Biztosított Testi sérülés* miatt több mint 5 napig kórházban tartózkodik, és a kórház legalább 50 km távolságra van a lakóhelyétől.

A kórházi napi térítésre vonatkozó kizárások

A *Biztosító* nem fizet kórházi napi térítést, amennyiben az az alábbi okok következménye, vagy abból ered:

- idegi vagy mentális betegség kezelése, annak besorolásától függetlenül;
- bármilyen pihentető kúra, vagy huzamosabb tartózkodásra alkalmas intézményekben való elhelyezés, beleértve, de nem korlátozva a következőkre: nyugdíjas otthonok, rehabilitációs intézet, szanatóriumok és detoxikáló központok;
- kizárólag esztétikai célból vagy kövérség, impotencia ellen, vagy a teherbeesés megkönnyítése céljából végzett kivizsgálás, műtét vagy kezelés;
- terhesség vagy gyermekszülés;
- a *Testi sérülést* követő, több mint 180 nappal későbbi kórházi kezelés;
- a *Betegségből* eredő kórházi tartózkodásra.

A 80. életévét betöltött *Biztosított* esetében a *Biztosító* nem teljesít kórházi napi térítés biztosítási szolgáltatást.

Eszméletlenség

Amennyiben egy *Biztosított Testi sérülés* következtében folyamatos eszméletlenségi állapotba kerül, a *Biztosító* a *Biztosítottnak* a folyamatos eszméletlenség időtartamának minden napja után, de legfeljebb 365 napra kórházi napi térítést fizet. Ez a biztosítási szolgáltatás a kórházi napi térítés alapján fizetett összeg felül jár.

3/a Lábadozási támogatás

A *Biztosító* kórházi napi térítést fizet abban az esetben, ha az *Orvos* utasítására a *Biztosított* gyógyulása otthon történik, és a kórházi napi térítésre érvényes igényt nyújtottak be. A biztosítási szolgáltatás legfeljebb annyi nap után jár, amennyi nap után a *Biztosított* kórházi napi térítést kapott.

4. Kórházi napi térítés baleset és betegség esetén

Ha egy *Biztosítottat* fekvő betegként vesznek fel egy kórházba *Testi sérülés* vagy *Betegség* miatt (a diagnózis felállítása előtt vagy után) a *Szolgáltatási időszak* alatt, a *Biztosító* a *Biztosítottnak* megfizeti a *Szolgáltatási Táblázatban* megjelölt *Biztosítási összeget* (Kórházi napi térítés) a kórházban eltöltött minden napra, azonban legfeljebb a *Szolgáltatási Táblázatban* rögzített maximális napok után (legfeljebb 365 nap után). A *Szolgáltatási Táblázatban* *Önrészként* megjelölt napokra a *Biztosító* térítést nem fizet.

A *Biztosító* kifizeti a közvetlen családtag (aki a *Biztosítottal* egy háztartásban él) utazási költségeit maximum 50.000 Ft-ig, amennyiben a *Biztosított Testi sérülés* és *Betegség* miatt több mint 5 napig kórházban tartózkodik, és a kórház legalább 50 km távolságra van a lakóhelyétől.

A kórházi napi térítésre vonatkozó kizárások

A *Biztosító* nem fizet kórházi napi térítést, amennyiben az az alábbi okok következménye, vagy abból ered:

- idegi vagy mentális betegség kezelése, annak besorolásától függetlenül;
- bármilyen pihentető kúra, vagy huzamosabb tartózkodásra alkalmas intézményekben való elhelyezés, beleértve, de nem korlátozva a következőkre: nyugdíjas otthonok, rehabilitációs intézet, szanatóriumok és detoxikáló központok;
- kizárólag esztétikai célból vagy kövérség, impotencia ellen, vagy a teherbeesés megkönnyítése céljából végzett kivizsgálás, műtét vagy kezelés;
- terhesség vagy gyermekszülés;
- a *Testi sérülést* vagy *Betegséget* követő több mint 180 nappal későbbi kórházi kezelés.

A 80. életévét betöltött *Biztosított* esetében a *Biztosító* nem teljesít kórházi napi térítés biztosítási szolgáltatást.

Eszméletlenség

Amennyiben egy *Biztosított Testi sérülés* és *Betegség* következtében folyamatos eszméletlenségi állapotba kerül, a *Biztosító* a *Biztosítottnak* a folyamatos eszméletlenség időtartamának minden napja után, de legfeljebb 365 napra kórházi napi térítést fizet. Ez a biztosítási szolgáltatás a kórházi napi térítés alapján fizetett összegzen felül jár.

4/a Lábadozási támogatás

A *Biztosító* kórházi napi térítést fizet abban az esetben, ha az *Orvos* utasítására a *Biztosított* gyógyulása otthon történik, és a kórházi napi térítésre érvényes kárigényt nyújtottak be. A biztosítási szolgáltatás legfeljebb annyi nap után jár, amennyi nap után a *Biztosított* kórházi napi térítést kapott.

5. Csonttörés - százalékos

Ha egy *Biztosított Testi sérülést* szenvedett a *Szolgáltatási időszak* alatt, ami kizárólag ennek következményeként, minden egyéb októl függetlenül egy hónapon belül *Csonttörést* eredményez, a *Biztosító* a *Biztosítottnak* a *Csonttörés* típusától függően a *Szolgáltatási táblázatban* megjelölt *Biztosítási összeg* százalékában meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesít. Az alábbi táblázat tartalmazza az adott *Csonttörés* esetén fizetendő biztosítási szolgáltatás mértékét.

Fogalom meghatározás

Csonttörés:

A csont folytonosságának a megszakadása.

Csonttörés esetei:		
a)	Csípő, medencecsont (kivéve farcsont), sarok	100%
b)	Alsó lábszár, kulcs-csont, boka, könyök, felső kar vagy alkar, csukló, gerinc, (csigolyák, kivéve farcsont) alsó állkapocs	80%
c)	Lapockacsont, térdkalács, szegycsont, kéz (kivéve az ujjakat és a csuklót) lábfej (kivéve a lábujjakat és a sarkat)	50%
d)	Borda vagy bordák, orrcsont, farcsont, felső állkapocs, orr, lábujj és lábujjak, ujj vagy ujjak	30%

Ha egy *Balesetből* több *Csonttörés* származik, az egyes *Csonttörésekre* járó százalékok összegzésre kerülnek, de a *Biztosító* nem fizet többet, mint a *Csonttörés Biztosítási összegének* 100%-a.

Amennyiben a *Szerződő* vagy a *Biztosított Csonttörés* alapján biztosítási szolgáltatásban részesült, és ugyanaz a *Testi sérülés* maradandó részleges rokkantságot okozott, a *Csonttörés* miatt kifizetett összeget le kell vonni a maradandó részleges

rokkantság után járó összegből, és a *Biztosító* csak a különbséget fizeti ki.

A csonttörés szolgáltatásra vonatkozó kizárások

A *Biztosító* a biztosítási szolgáltatást nem nyújtja az alábbi esetekben:

- patológiai hajszálrepedések (kapilláris törések);
- csontritkulásból eredő, vagy annak hozzájárulásával keletkezett *Csonttörések*;
- érzéstelenítés nélküli redukciók;
- fog, fogkorona törése.

A 80. életévét betöltött *Biztosított* esetében a *Biztosító* nem teljesít *Csonttörés* esetén biztosítási szolgáltatást.

6. Csonttörés - egyösszegű

Ha egy *Biztosított Testi sérülést* szenvedett a *Szolgáltatási időszak* alatt, ami kizárólag ennek következményeként, minden egyéb októl függetlenül egy hónapon belül *Csonttörést* eredményez, a *Biztosító* a *Biztosított*nak a *Csonttörés* típusától és számától függetlenül a *Szolgáltatási táblázat* szerinti *Biztosítási összeget* fizeti ki.

Abban az esetben, ha a *Szerződő*, illetve a *Biztosított* a *Csonttörésre* biztosítási szolgáltatást kapott, és ugyanezen *Testi sérülés* maradandó részleges rokkantságot okoz, a *Csonttörésre* kifizetett szolgáltatás összegét le kell vonni a maradandó részleges rokkantságra fizetendő szolgáltatásból, és a *Biztosító* csak a különbséget fizeti ki.

Fogalom meghatározás

Csonttörés:

A csont folytonosságának a megszakadása.

A csonttörés szolgáltatásra vonatkozó kizárások

A *Biztosító* nem fizet szolgáltatást a következőkre:

- patológiás hajszálas *Csonttörés* (kapilláris törés);
- *Csonttörés*, amit a csontritkulás okozott, vagy amihez a csontritkulás hozzájárult;
- Érzéstelenítés nélküli redukciók;
- fog, fogkorona törése

A 80. életévét betöltött *Biztosított* esetében a *Biztosító* nem teljesít *Csonttörés* esetén biztosítási szolgáltatást.

7. Égési sérülések

Ha egy *Biztosított Testi sérülést* szenved a *Szolgáltatási időszak* alatt, ami kizárólag ennek következményeként, minden egyéb októl függetlenül egy hónapon belül égési sérülést eredményez, a *Biztosító* a *Biztosított*nak az elszenvedett égési sérülés típusától függően a *Biztosítási összeg* százalékos arányában biztosítási szolgáltatást nyújt.

Az alábbi táblázat tartalmazza az adott égési sérülés esetén fizetendő szolgáltatási összeg mértékét:

Második, harmadik vagy negyedik fokozatú égési sérülés esetében a <i>Biztosító</i> a <i>Szolgáltatási táblázat</i> szerinti <i>Biztosítási összeg</i> alábbiakban rögzített százalékos mértékét fizeti, az égési sérüléssel érintett testfelület arányában:	
A testfelület 27%-a vagy ennél nagyobb felület	100%
A testfelület 18%-ánál nagyobb, de 27%-ánál kisebb felület	60%
A testfelület 9%-ánál nagyobb, de 18%-ánál kisebb felület	35%
A testfelület 4,5 %-ánál nagyobb, de 9%-ánál kisebb felület	20%

Az égési sérülés szolgáltatásra alkalmazandó különös feltételek

- 1) Fej és/vagy nyak égése esetén, a biztosítási szolgáltatás összege:
 - 5%-kal növekszik, ha az égett felület a test felületének legfeljebb 5%-át éri el,
 - 10%-kal növekszik, ha az égett felület a test felületének 5%-át meghaladja, de a 10%-ot nem haladja meg.
- 2) Perineum égés esetén a biztosítási szolgáltatás 10%-kal növekszik.
- 3) Égési sokk diagnosztizálása esetén a biztosítási szolgáltatás összege 20%-kal növekszik.
- 4) A sebesült test felületének 1%-a a tenyér és ujjak felületével egyenlő.

A 80. életévet betöltött Biztosított esetén a Biztosító nem térít Égési sérülés biztosítási szolgáltatást.

8. Kórházi műtéti szolgáltatás baleset esetén

Abban az esetben, ha a *Biztosított Fekvőbeteg* kezelés céljából kórházba kerül a *Szolgáltatási időszak* alatt, és rajta egy *Orvos* sebészeti beavatkozást végez olyan *Testi sérülés* miatt, amit a *Szolgáltatási időszak* alatt szenvedett el, a *Biztosító* vállalja, hogy kifizeti a *Biztosított*nak a *Szolgáltatási táblázatban* rögzített *Biztosítási összegnek* az elvégzett sebészeti beavatkozásnak megfelelő százalékos részét, az *Önrész* összegén felül.

Fogalom meghatározások

Fekvőbeteg

Olyan személy, akit bentlakó betegként kórházban tartanak, és akinek legalább egy napi szoba- és étkezési költséget felszámítanak a kórházban.

Invazív sebészeti beavatkozás

Bármilyen műtét, amelynek során feltárnak egy zárt testüreget, ami szerepel a fekvőbeteg műtétek után fizetendő szolgáltatások táblázatában.

A kórházi műtéti szolgáltatás baleset esetén szolgáltatásra alkalmazandó különös feltételek

Ha több sebészeti beavatkozást hajtanak végre ugyanazon műtét során, az összes elvégzett beavatkozásért fizetendő összeg a legnagyobb arányú beavatkozás szolgáltatási összegének felel meg.

Olyan sebészeti beavatkozások esetén, amelyek nem szerepelnek a fekvőbeteg műtétek után fizetendő szolgáltatások táblázatában, a fizetendő összeg nagyságát a *Biztosító* állapítja meg, figyelembe véve a sebészeti beavatkozás természetét az egyes olyan sebészeti beavatkozásokkal összevetve, amelyek szerepelnek a fekvőbeteg műtétek után fizetendő szolgáltatások táblázatában.

Fekvőbeteg műtétek után fizetendő szolgáltatások táblázata

A sebészeti beavatkozás megnevezése	Szolgáltatás a Biztosítási Összeg %-ában
HASÜREG	
A hasüreg egyetlen feltárásakor elvégzett két vagy több sebészeti beavatkozást egy műtétnek kell tekinteni.	
a) Vakbél eltávolítás	50%
b) Bélreszekció – nyitott műtét	70%
c) Bélreszekció laparoskopos eljárással	50%
d) Gyomorreszekció – nyitott műtét	70%
e) Gyomorreszekció laparoskopos eljárással	50%
f) Gastro-enterostomia, gastrointestinalis by pass műtét	60%
g) Epehólyag eltávolítása – nyitott műtét	70%
h) Epehólyag eltávolítása laparoskopos eljárással	50%
i) Gyomoreltávolítás – nyitott műtét	100%
j) Gyomoreltávolítás laparoskopos eljárással	70%
k) Nyelőcsőeltávolítás	100%
l) Máj részleges eltávolítása – nyitott műtét	70%
m) Máj részleges eltávolítása laparoskopos eljárással	50%
n) Májátültetés	100%
o) Laparotómia diagnosztikai vagy kezelési célból, illetve valamely szerv eltávolítása céljából, kivéve, ha a jelen feltételek másként rendelkeznek	50%
p) Laparoskopia diagnosztika vagy kezelési célból	50%
q) Orvosi indok miatt végzett súlycsökkentő műtét by pass	50%
r) 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 kézujj vagy lábujj	10%
b) Kéz, alkar, illetve lábfej a bokánál	20%

c)	Lábszár, kar vagy comb	40%
d)	Comb csípőnél	70%
a)	Egy vagy mindkét emlő radikális eltávolítása, a hónalji nyirokcsomóval együtt	70%
b)	Egy vagy mindkét emlő részleges eltávolítása, a hónalji nyirokcsomóval együtt	50%
c)	Egy vagy mindkét emlő részleges eltávolítása hónalji nyirokcsomó nélkül rosszindulatú daganat esetén	40%
d)	Emlő protézis beültetés vagy emlőpótlás plasztikai módszerrel rosszindulatú daganat műtéte után	30%
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	20%
e)	Mediasztinoszkópia	10%
f)	Bronchoszkópia– diagnosztikai célú	10%
g)	Bronchoszkópia – műtéti célú, a biopszia kivételével	20%
h)	Szívkatéterezés (coronarographia)	10%
i)	Szívűtét, beleértve a billentyű cserét	100%
j)	Szívbillentyűcsere endovasculáris módszerrel	75%
k)	Szívűtét, beleértve a by pass műtétet	75%
l)	Szívűtét, beleértve az angioplasztikát, ablációt	50%
m)	Főverőér tágulat műtéte – nyitott műtét	65%
n)	Főverőér tágulat műtéte endovascularis módszerrel	50%
o)	Érsebészeti beavatkozás endovascularis módszerrel	30%
p)	Nyílt érsebészeti műtétek, by pass	50%
q)	Szívátültetés	100%
r)	Tüdőátültetés	100%
FÜL		
a)	Fül felszúrása	5%
b)	Csecsnyúlvány eltávolítása – radikális – egyik oldalon	50%
c)	Csecsnyúlvány eltávolítása – radikális – mindkét oldalon	60%
d)	Feneztráció egyik vagy mindkét oldalon	100%
e)	Cochlearis implantáció	100%

NYELŐCSŐ	
a) Szűkület megoperálása	40%
b) Nyelőcső (oesophagoscopia) és gyomortükrözés (gastrosocopia) (ERCP is)	10%
c) Reflux műtét nyitott vagy laparoszkoópos eljárással	50%
SZEM	
a) Retina leválás – többszörös fúzió	100% 70%
b) Hályog	50% 30%
c) Glaukóma	30%
d) Szemgolyó eltávolítása	30%
e) Röphártya (kúszóhártya) eltávolítása	20% 10%
f)Árpa vagy krónikus árpa eltávolítása	5%
g) Kancsalság műtete, amennyiben nem veleszületett rendellenesség	50%
h) Áthatoló szemrésülés műtete	50%
TÖRÉSEK (egyszerű)	
Nyílt Törések esetén a szolgáltatás 50%-kal nő, de nem haladhatja meg a Részletezőben rögzített Biztosítási Összeget.	
Nyitott operációk esetén – beleértve a csontszövet beültetését és a csontok összeillesztését – a szolgáltatás 100%-kal nő de nem haladhatja meg a Részletezőben rögzített Biztosítási Összeget.	
a) Kulcscsont, lapocka, vagy alkarcsont, egy csont	15%
b) Farcsont, lábtő, lábközép vagy bokacsont	10%
c) Comb	40%
d) Felkar vagy lábszár	25%
e) Kéz- és lábujjak, bármelyik, vagy borda	5%
f) Alkar – két csont, térdkalács vagy a medence, ha helyrehúzás nem szükséges	20%
g) Lábszár, két csont	30%
h) Felső és alsó állkapocs	20%
i) Kéztő és kézközépcsontok, orr, bordák (kettő vagy több) vagy a szegycsont	10%
j) Medence, ha helyre kell húzni	30%
k) Csigolyák, harántnyúlvány, tövisnyúlvány, bármelyik	5%
l) Csigolyaív törés	20%
m) Csigolyák, kompressziós törés, egy vagy több	40%
n) Csukló	10%
o) Koponya, arccsont törése	40%

HÚGY ÉS IVARSZERVI RÉSZ	
a) Vese eltávolítása – nyitott műtét	70%
b) Vese eltávolítása laparoszkópos 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) Húgyvezeték vagy a hólyag daganatainak és köveinek diagnosztizálása, kezelése vagy eltávolítása céljából, endoszkópiával vagy a kő szétzúzásával	20%
f) Húgyvezeték szűkülete – nyitott operáció	30%
g) Húgyvezetéken belül – invazív műtét	15%
h) prosztatata teljes eltávolítása nyitott műtéttel	70%
i) prosztatata részleges eltávolítása – endoszkópiás eszközökkel	25%
j) Herekiirtás vagy mellékherekiirtás	25%
k) Vízszerv vagy variocele	10%
l) Méheltávolítás – nyitott műtét	70%
m) Méheltávolítás laparoszkópos eljárással vagy hüvelyi úton	50%
n) Petefészekeltávolítás	50%
o) Fibroid daganat (myoma) göb eltávolítása	25%
p) Incontinencia szalag behelyezése	20%
q) Abrasio, Conisatio	10%
PAJZSMIRIGY	
a) A pajzsmirigy teljes eltávolítása	70%
b) A pajzsmirigy részleges eltávolítása	50%
SÉRV	
a) Lágyék- vagy combsérv egyoldali - nyitott műtét	20%
b) Lágyék- vagy combsérv kétoldali – nyitott műtét	25%
c) Laparoszkópos eljárással történő sérvműtét egy vagy kétoldali	50%
d) Hasfali- (műtét utáni, hegsérv) vagy köldöksérv	50%
IZÜLETEK ÉS FICAMOK	
Olyan ficamok esetén, ahol nyitott műtét válik szükségessé, a szolgáltatás 100%-kal emelkedik, de nem haladhatja meg a Részletezőben rögzített Biztosítási Összeget.	
a) Bevágás az ízületbe Betegség vagy rendellenesség miatt, kivéve, ha a jelen feltételek erről másként rendelkeznek, és kivéve lecsapolást	15%
b) Bármelyik ízület csőtükrözése, kivéve lecsapolást	40%

c) Váll, csípő vagy gerinc operációja, nyitott rögzítése, szétválasztása vagy helyreillesztése	75%
d) Térd, könyök, csukló, boka operációja, nyitott rögzítése, szétválasztása vagy helyreillesztése	35%
e) Kéz vagy lábujjak ficama, bármelyik	5%
f) Váll, könyök, csukló vagy boka ficama	15%
g) Alsóállandóficama	5%
h) Csípő vagy térd ficama, térdkalács kivételével	20%
i)Térdkalács ficama	5%
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%
MEGCSAPOLÁS	
a) Hasüreg	10%
b) Mellkas vagy hólyag, kivéve katéterezés	5%
c) Dobhártya, hidrokéle, 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 előreesést, összesen az operáció és az injekciós kezelés	20%
d) Végbélsipoly	15%
e) Végbélrepedés	5%
f) Végbéltükrözés biopsziával vagy anélkül	10%
g) Vastagbéltükrözés biopsziával vagy anélkül (colonosopia)	15%
h) Egyéb vágásos operációk a végbélnél	20%
KOPONYA	
a) Koponyalékelés vérömleny sürgős eltávolításához	100%
b) Koponyalékelés érsebészeti műtéttel (verőértágulat)	75%
c) Koponyalékelés daganat eltávolításához	75%
TOROK	

a) Mandulaeltávolítás, vagy mandulaeltávolítás és orrpolipeltávolítás felnőttteknél és 15 éves és idősebb Gyermekeknél	15%
b) Mandulaeltávolítás, vagy mandulaeltávolítás és orrpolipeltávolítás 15 évnél fiatalabb Gyermekeknél	10%
c) Laringoszkóp alkalmazása diagnózis megállapításához vagy terápiás célból	5%
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 cista, 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) Visszér –bármilyen technikával végezve – egy láb	20%
h) Visszér –bármilyen technikával végezve – két láb	30%
i) Csontvelő vagy vágásos biopszia	10%
j) Daganatok egyéb kezelése (rádiófrekvenciás abláció, fagyasztás)	15%
EGYÉB BEAVATKOZÁSOK	
a) Bőráttűtetés félvastag vagy lebeny	10%
b) Máj vagy vese percutan drain behelyezése	15%
c) Alagút szindróma	15%

A kórházi műtéti szolgáltatás baleset esetén szolgáltatásra alkalmazandó kizárások

A *Biztosító* nem fizet biztosítási szolgáltatást abban az esetben, ha az alábbiak miatt került sor a sebészeti beavatkozásra, illetve, ha ezek hozzájárultak a sebészeti beavatkozáshoz:

- 1) Terhesség, gyermekszülés, vetélés vagy művi vetélés, illetve a női termékenységgel kapcsolatos bármiféle betegség;
- 2) Betegségből eredő vagy Betegséggel összefüggésben lévő kórházi műtéti szolgáltatás.

A 80. életévét betöltött *Biztosított* esetében a *Biztosító* nem teljesít Műtéti térítés biztosítási szolgáltatást.

9. Kórházi műtéti szolgáltatás baleset és betegség esetén

Abban az esetben, ha a *Biztosított Fekvőbeteg* kezelés céljából kórházba kerül a *Szolgáltatási időszak* alatt, és rajta egy *Orvos*

sebészi beavatkozást végez olyan *Testi sérülés* vagy *Betegség* miatt, amit a *Szolgáltatási időszak* alatt szenvedett el, a *Biztosító* vállalja, hogy kifizeti a *Biztosított*nak a *Szolgáltatási táblázatban* rögzített *Biztosítási összegnek* az elvégzett sebészeti beavatkozásnak megfelelő százalékos részét az *Önrész* összegén felül.

Fogalom meghatározások

Fekvőbeteg

Olyan személy, akit bentlakó betegként kórházban tartanak, és akinek legalább egy napi szoba- és étkezési költséget felszámítanak a kórházban.

Invazív sebészeti beavatkozás

Bármilyen műtét, amelynek során feltárnak egy zárt testüreget, ami szerepel a fekvőbeteg műtétek után fizetendő szolgáltatások táblázatában.

A kórházi műtéti szolgáltatás baleset és betegség esetén szolgáltatásra alkalmazandó különös feltételek

Ha több sebészeti beavatkozást hajtanak végre ugyanazon műtét során, az összes elvégzett beavatkozásért fizetendő összeg a legnagyobb arányú beavatkozás szolgáltatási összegének felel meg.

Olyan sebészeti beavatkozások esetén, amelyek nem szerepelnek a fekvőbeteg műtétek után fizetendő szolgáltatások táblázatában, a fizetendő összeg nagyságát kizárólag a *Biztosító* állapítja meg, figyelembe véve a sebészeti beavatkozás természetét az egyes olyan sebészeti beavatkozásokkal összevetve, amelyek szerepelnek a fekvőbeteg műtétek után fizetendő szolgáltatások táblázatában.

Fekvőbeteg műtétek után fizetendő szolgáltatások táblázata

A sebészeti beavatkozás megnevezése	Szolgáltatás a Biztosítási Összeg %-ában
HASÜREG A hasüreg egyetlen feltárásakor elvégzett két vagy több sebészeti beavatkozást egy műtétnek kell tekinteni.	
a) Vakbél eltávolítás	50%
b) Bélreszekció – nyitott műtét	70%
c) Bélreszekció laparoszópos eljárással	50%
d) Gyomorreszekció – nyitott műtét	70%
e) Gyomorreszekció laparoszópos eljárással	50%
f) Gastro-enterostomia, gastrointestinalis by pass műtét	60%
g) Epehólyag eltávolítása – nyitott műtét	70%
h) Epehólyag eltávolítása laparoszópos eljárással	50%
i) Gyomoreltávolítás – nyitott műtét	100%
j) Gyomoreltávolítás laparoszópos eljárással	70%
k) Nyelőcsőeltávolítás	100%
l) Máj részleges eltávolítása – nyitott műtét	70%
m) Máj részleges eltávolítása laparoszópos eljárással	50%

n) Májátültetés	100%
o) Laparotómia diagnosztikai vagy kezelési célból, illetve valamely szerv eltávolítása céljából, kivéve, ha a jelen feltételek másként rendelkeznek	50%
p) Laparoszkópia diagnosztika vagy kezelési célból	50%
q) Orvosi indok miatt végzett súlycsökkentő műtét by pass	50%
r) 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 kézujj vagy lábujj	10%
b) Kéz, alkar, illetve lábfej a bokánál	20%
c) Lábszár, kar vagy comb	40%
d) Comb csípőnél	70%
EMLŐ	
a) Egy vagy mindkét emlő radikális eltávolítása, a hónalji nyirokcsomóval együtt	70%
b) Egy vagy mindkét emlő részleges eltávolítása, a hónalji nyirokcsomóval együtt	50%
c) Egy vagy mindkét emlő részleges eltávolítása hónalji nyirokcsomó nélkül rosszindulatú daganat esetén	40%
d) Emlő protézis beültetés vagy emlőpótlás plasztikai módszerrel rosszindulatú daganat műtete után	30%
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	20%
e) Mediasztinoszkópia	10%
f) Bronchoszkópia– diagnosztikai célú	10%
g) Bronchoszkópia – műtéti célú, a biopszia kivételével	20%
h) Szívkatéterezés (coronarographia)	10%
i) Szívűtét, beleértve a billentyű cserét	100%
j) Szívbillentyűcsere endovasculáris módszerrel	75%
k) Szívűtét, beleértve a by pass műtétet	75%

l) Szívűtét, beleértve az angioplasztikát, ablációt	50%
m) Főverőér tágulat műtete – nyitott műtét	65%
n) Főverőér tágulat műtete endovascularis módszerrel	50%
o) Érsebészeti beavatkozás endovascularis módszerrel	30%
p) Nyílt érsebészeti műtétek, by pass	50%
q) Szívátültetés	100%
r) Tüdőátültetés	100%
FÜL	
a) Fül felszúrása	5%
b) Csecсныúlvány eltávolítása – radikális – egyik oldalon	50%
c) Csecсныúlvány eltávolítása – radikális – mindkét oldalon	60%
d) Feneztráció egyik vagy mindkét oldalon	100%
e) Cochlearis implantáció	100%
NYELŐCSŐ	
a) Szűkület megoperálása	40%
b) Nyelőcső (oesophagoscopia) és gyomortükrözés (gastroscopia) (ERCP is)	10%
c) Reflux műtét nyitott vagy laparoszkołos eljárással	50%
SZEM	
a) Retina leválás – többszörös fúzió	100% 70%
b) Hályog	50% 30%
c) Glaukóma	30%
d) Szemgolyó eltávolítása	30%
e) Röphártya (kúszóhártya) eltávolítása	20% 10%
f) Árpa vagy krónikus árpa eltávolítása	5%
g) Kancsalság műtete, amennyiben nem veleszületett rendellenesség	50%
h) Áthatoló szemrésülés műtete	50%
TÖRÉSEK (egyszerű)	
<p>Nyílt Törések esetén a szolgáltatás 50%-kal nő, de nem haladhatja meg a Részletezőben rögzített Biztosítási Összeget.</p> <p>Nyitott operációk esetén – beleértve a csontszövet beültetését és a csontok összeillesztését – a szolgáltatás 100%-kal nő de nem haladhatja meg a Részletezőben rögzített Biztosítási Összeget.</p>	
a) Kulcscsont, lapocka, vagy alkarcsont, egy csont	15%
b) Farcson, lábtő, lábközép vagy bokacsont	10%
c) Comb	40%

d) Felkar vagy lábszár	25%
e) Kéz- és lábujjak, bármelyik, vagy borda	5%
f) Alkar – két csont, térdkalács vagy a medence, ha helyrehúzás nem szükséges	20%
g) Lábszár, két csont	30%
h) Felső és alsó állkapocs	20%
i) Kéz- és kézközépcsontok, orr, bordák (kettő vagy több) vagy a szegycsont	10%
j) Medence, ha helyre kell húzni	30%
k) Csigolyák, harántnyúlvány, tövisnyúlvány, bármelyik	5%
l) Csigolyaív törés	20%
m) Csigolyák, kompressziós törés, egy vagy több	40%
n) Csukló	10%
o) Koponya, arccsont törése	40%
HÚGY ÉS IVARSZERVI RÉSZ	
a) Vese eltávolítása – nyitott műtét	70%
b) Vese eltávolítása laparoszkópos 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) HHgyvezeték vagy a hólyag daganatainak és köveinek diagnosztizálása, kezelése vagy eltávolítása céljából, endoszkópiával vagy a kő szétzúzásával	20%
f) Húgyvezeték szűkülete – nyitott operáció	30%
g) Húgyvezetéken belül – invazív műtét	15%
h) prosztatata teljes eltávolítása nyitott műtéttel	70%
i) prosztatata részleges eltávolítása – endoszkópiás eszközökkel	25%
j) Herekiirtás vagy mellékherekiirtás	25%
k) Vízszerv vagy variocele	10%
l) Méheltávolítás – nyitott műtét	70%
m) Méheltávolítás laparoszkópos eljárással vagy hüvelyi úton	50%
n) Petefészekeltávolítás	50%
o) Fibroid daganat (myoma) göb eltávolítása	25%
p) Incontinencia szalag behelyezése	20%
q) Abrasio, Conisatio	10%
PAJZSMIRIGY	
a) A pajzsmirigy teljes eltávolítása	70%

b) A pajzsmirigy részleges eltávolítása	50%
SÉRV	
a) Lágyék- vagy combsérv egyoldali - nyitott műtét	20%
b) Lágyék- vagy combsérv kétoldali – nyitott műtét	25%
c) Laparoszkoós eljárással történő sérvműtét egy vagy kétoldali	50%
d) Hasfali- (műtét utáni, hegsérv) vagy köldöksérv	50%
IZÜLETEK ÉS FICAMOK Olyan ficamok esetén, ahol nyitott műtét válik szükségessé, a szolgáltatás 100%-kal emelkedik, de nem haladhatja meg a Részletezőben rögzített Biztosítási Összeget.	
a) Bevágás az ízületbe Betegség vagy rendellenesség miatt, kivéve, ha a jelen feltételek erről másként rendelkeznek, és kivéve lecsapolást	15%
b) Bármelyik ízület csőtűkrözése, kivéve lecsapolást	40%
c) Váll, csípő vagy gerinc operációja, nyitott rögzítése, szétválasztása vagy helyreillesztése	75%
d) Térd, könyök, csukló, boka operációja, nyitott rögzítése, szétválasztása vagy helyreillesztése	35%
e) Kéz vagy lábujjak ficama, bármelyik	5%
f) Váll, könyök, csukló vagy boka ficama	15%
g) Alsóállkapocs ficama	5%
h) Csípő vagy térd ficama, térdkalács kivételével	20%
i) Térdkalács ficama	5%
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%
MEGCSAPOLÁS	
a) Hasüreg	10%
b) Mellkas vagy hólyag, kivéve katéterezés	5%
c) Dobhártya, hidrokéle, ízületek vagy gerinc	5%
VÉGBÉL és VÉGBÉLTŰKRÖZÉS	
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 előreesést, összesen az operáció és az injekciós kezelés	20%
d) Végbélsipoly	15%
e) Végbélrepedés	5%
f) Végbéltükrözés biopsziával vagy anélkül	10%
g) Vastagbéltükrözés biopsziával vagy anélkül (colonoscopia)	15%
h) Egyéb vágásos operációk a végbélnél	20%
KOPONYA	
a) Koponyalékelés vérömleny sürgős eltávolításához	100%
b) Koponyalékelés érsebészeti műtéttel (verőértágulat)	75%
c) Koponyalékelés daganat eltávolításához	75%
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%
c) Laringoszkóp alkalmazása diagnózis megállapításához vagy terápiás célból	5%
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 cista, 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) Visszér –bármilyen technikával végezve – egy láb	20%
h) Visszér –bármilyen technikával végezve – két láb	30%
i) Csontvelő vagy vágásos biopszia	10%
j) Daganatok egyéb kezelése (rádiófrekvenciás abláció, fagyasztás)	15%
EGYÉB BEAVATKOZÁSOK	
a) Bőráttűtetés félvastag vagy lebeny	10%

b) Máj vagy vese percutan drain behelyezése	15%
c) Alagút szindróma	15%

A kórházi műtéti szolgáltatás baleset és betegség esetén szolgáltatásra alkalmazandó kizárások

A **Biztosító** nem fizet biztosítási szolgáltatást abban az esetben, ha az alábbiak miatt került sor a sebészeti beavatkozásra, illetve, ha ezek hozzájárultak a sebészeti beavatkozáshoz:

- 1) Terhesség, gyermekszülés, vetélés vagy művi vetélés, illetve a női termékenységgel kapcsolatos bármiféle betegség.

A 80. életévét betöltött **Biztosított** esetében a **Biztosító** nem teljesít Műtéti térítés biztosítási szolgáltatást.

10. Ideiglenes teljes keresőképtelenség baleset esetén – egyösszegű

Ha egy **Biztosított Testi sérülés** miatt olyan fokú keresőképtelenné válik (a diagnózis felállítása előtt vagy után) a **Szolgáltatási időszak** alatt, hogy a **Szerződő** számára munkáját nem tudja teljeskörűen elvégezni, a **Biztosító** a **Biztosított**nak megfizeti a **Szolgáltatási táblázatban** megjelölt **Biztosítási összeget** (Ideiglenes teljes keresőképtelenség baleset esetén - egyösszegű térítés). **A Szolgáltatási táblázatban Önrészként megjelölt napokra a Biztosító térítést nem fizet.**

Amennyiben az ideiglenes teljes keresőképtelenség megszűnésének időpontja vitatott, a **Biztosító** által felkért **Orvos** szakvéleménye az irányadó.

A 80. életévét betöltött **Biztosított** esetében a **Biztosító** nem nyújt ideiglenes teljes keresőképtelenség szolgáltatást.

11.a. Ideiglenes teljes keresőképtelenség baleset esetén – napi térítés

Ha egy **Biztosított Testi sérülés** miatt olyan fokú keresőképtelenné válik (a diagnózis felállítása előtt vagy után) a **Szolgáltatási időszak** alatt, hogy a **Szerződő** számára munkáját nem tudja teljes körűen elvégezni, a **Biztosító** a **Biztosított**nak megfizeti a **Szolgáltatási táblázatban** megjelölt **Biztosítási összeget** (Ideiglenes teljes keresőképtelenség baleset esetén- napi térítés) minden olyan napra, amikor a **Biztosított** igazoltan keresőképtelen, azonban legfeljebb a **Szolgáltatási táblázatban** rögzített maximális napok után. **A Szolgáltatási táblázatban Önrészként megjelölt napokra a Biztosító térítést nem fizet.**

Amennyiben az ideiglenes teljes keresőképtelenség megszűnésének időpontja vitatott, a **Biztosító** által felkért **Orvos** szakvéleménye az irányadó.

Az ideiglenes teljes keresőképtelenség alapján teljesített kifizetés megszűnik a maradandó teljes rokkantság alapján történő kifizetés esetén, vagy ha az korábban következik be, a **Biztosítási részletezőben** rögzített időszak lejártával.

A 80. életévét betöltött **Biztosított** esetében a **Biztosító** nem nyújt ideiglenes teljes keresőképtelenség szolgáltatást.

A biztosítási szolgáltatás összege nem haladhatja meg a **Biztosított nettó napi bérének** 100%-át.

A **Biztosító** a **Biztosított** részére nem nyújt szolgáltatást a 365 napot meghaladó ideiglenes teljes keresőképtelenségre.

11.b. Ideiglenes teljes keresőképtelenség betegség esetén

Amennyiben a **Biztosított Betegség** miatt ideiglenesen teljes keresőképtelenné válik a **Szolgáltatási időszak** alatt, amely megakadályozza abban, hogy a **Szerződő** számára a szakmájának megfelelő munkát teljeskörűen elvégezze, a **Biztosító** a **Szolgáltatási táblázatban** feltüntetett **Biztosítási összeget** fizeti ki.

Az ideiglenes teljes keresőképtelenség betegség esetén szolgáltatásra alkalmazandó különös feltételek

A **Biztosított** köteles a **Biztosítónak** a nyugdíjbiztosítási igazgatóság határozatának kézhezvételétől számított 15 napon belül

bejelenteni, ha a *Biztosítási időszak* alatt öregségi, rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjra, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra szerez jogosultságot.

A biztosítási szolgáltatás összege nem haladhatja meg a *Biztosított Napi nettó bérének* 85%-át a keresőképtelenség idejére járó táppénz összegével együtt.

Az ideiglenes teljes keresőképtelenség betegség esetén szolgáltatásra vonatkozó kizárások

A Biztosító nem teljesít szolgáltatást betegség ideiglenes teljes keresőképtelenség után, amennyiben az az alábbi okok következménye, vagy abból ered:

- a *Biztosított* a *Biztosító* kockázatviselését vagy a biztosítás megújítását megelőzően fennállt *Betegsége*, fizikai fogyatékosága, vagy gyengesége,
- poszttraumás stressz zavar (PTSD), stressz vagy depresszió, idegi vagy mentális betegség kezelése, annak besorolásától függetlenül.
- olyan kezelés, operáció, mely orvosilag nem indokolt, beleértve esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet eljárás, kivéve, amennyiben ez baleset eredménye, és a beavatkozás Orvos javaslatára történik.
- hátfájás és hozzá kapcsolódó állapot, kivéve amennyiben Orvos által diagnosztizált és megállapított állapotról van szó, melyet orvosi dokumentációval alátámasztottak (pl. MRI, röntgen);
- a *Biztosított* terhessége a szülés várható időpontját megelőző 2 hónapban.

A Biztosító a Biztosított részére nem nyújt szolgáltatást:

- 1) a 180 napot meghaladó ideiglenes teljes keresőképtelenségre;
- 2) a keresőképtelenség azon napjaira, amelyek a *Szolgáltatási táblázatban Önrészként* kerültek megjelölésre;
- 3) olyan időszakra, amelyre a *Biztosított* ideiglenes teljes keresőképtelenségét Orvos nem igazolta;
- 4) amennyiben az ideiglenes teljes keresőképtelenség a vonatkozó jogszabályok alapján passzív táppénznek minősül;
- 5) amennyiben a *Biztosított* a vonatkozó jogszabályok alapján nem jogosult táppénzre;
- 6) az 1997. évi LXXXIII törvényben meghatározott foglalkozási betegség esetén;
- 7) az 1997. évi LXXXIII törvényben meghatározott üzemi baleset esetén;
- 8) azon *Biztosítási időszak* végét követően, mikor a *Biztosított* betöltötte 65. életévét, vagy azt követően, hogy a *Biztosított* öregségi nyugdíjra, rokkantsági nyugdíjra vagy baleseti nyugdíjra jogosult.

12. Baleseti költségtérítés

Amennyiben a *Biztosított Testi sérülést* szenved a *Szolgáltatási időszak* alatt, a *Biztosító* megtéríti a *Biztosított* részére a *Szolgáltatási táblázatban* meghatározott összegig:

- a *Baleset* következményeként a *Baleset* időpontjában viselt ruházatában és személyes vagyontárgyaiban, vagy személyi okmányjaiban az indokolt és számlával igazolt javítás, tisztítás költségeit, ha a felmerült költségek egyébként nem térülnek meg. Amennyiben a károsodott ruházat, személyes vagyontárgy gazdaságosan nem javítható a *Biztosító* megtéríti a *Szolgáltatási táblázatban* a jelen fejezetre vonatkozóan megjelölt *Biztosítási összeg* erejéig a károsodott ruházat, személyes vagyontárgy káridőponti avult értékét, illetve a károsodott személyi okmány(ok) számlával igazolt újra beszerzési költségét;
- a *Baleset* következtében szükségessé vált, és számlával igazolt étel, ital, telefonhívás és taxiköltségeket;
- a *Baleset* következtében a *Biztosított* fogazatában történt sérülés miatt szükségessé vált fogászati költségeket;
- a *Baleset* következtében megsérült, orvosi receptre felírt szemüvegek, kontaktlencsék javításának, cseréjének költségeit, ide érve a szükségessé vált szemészeti vizsgálat költségét is.

A *Biztosító* továbbá megtéríti a *Szolgáltatási táblázatban* a jelen fejezetre vonatkozóan megjelölt *Biztosítási összeg* erejéig a *Baleset* következményeként szükségessé váló szállítás és mentés indokolt és számlával igazolt költségeit, ha a társadalombiztosítás térítési kötelezettsége nem áll fenn, illetőleg, ha a felmerült költségek egyébként nem térülnek meg.

A baleseti költségtérítésre alkalmazandó kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi vagyontárgyakra:

- 1) készpénz, belföldi vagy külföldi bankjegyek, csekkek, postai utalványok, utazási csekkek, utazási jegyek, bankkártyák, bármilyen fajtájú értékpapírok, benzin- és egyéb jegyek,
- 2) sportszerek és az ezekhez kapcsolódó felszerelések,
- 3) áruminták, szerszámok, munkavégzés céljára szolgáló eszközök, élelmiszerek,
- 4) órák (15,000 Ft értékhatár fölött), ékszerek, fél- és drágakövek, nemesfémek, nemesszőrmék, képzőművészeti alkotások,
- 5) műtárgyak, régiségek, gyűjtemények, bútorok,
- 6) személyi számítógépek, fényképezőgépek, videokamerák, mobiltelefonok, hangszerek, műszaki cikkek, walkmanek, discmanek, MP3/MP4 lejátszók és mindezek tartozékai,
- 7) járművek és tartozékaik, alkatrészek, szerszámok.

A 80. életévét betöltött *Biztosított* esetében a *Biztosító* nem teljesít *Baleseti költségtérítés* biztosítási szolgáltatást.

13. Kritikus betegségek

Ha a *Biztosított*nál kritikus betegséget állapítanak meg, amelynek első tünetei először a *Biztosítási időszak* során jelentkeznek, a *Biztosító* kifizeti a *Biztosított*nak a *Szolgáltatási táblázatban* meghatározott *Biztosítási összeget*.

Akkor tekinthető a kritikus betegség diagnosztizáltnak, ha a *Biztosítottat* egy vagy több, az adott szakterületre specializálódott *Orvos* vizsgálta meg, és az *Orvos* által vagy felügyelete alatt készült írásos jelentés minden tekintetben megfelel azoknak a diagnosztikai követelményeknek, amelyeket a jelen biztosítási feltételek a kritikus betegségekkel kapcsolatban meghatároznak.

Fogalom meghatározások

Kockázatviselés kezdete

Az a nap, amikor a jelen fejezet szerinti fedezet először megkezdődött az adott *Biztosított* vonatkozásában.

Túlélési időszak

A *Szolgáltatási táblázatban* megállapított időszak, amit a *Biztosított*nak túl kell élnie a *Kritikus betegség* első diagnózisát követően.

Várakozási idő

A *Szolgáltatási táblázatban* megállapított időszak, ennek hiányában 90 nap, amely a kockázatviselés kezdetekor, vagy a *Biztosított*ra vonatkozó *Biztosítási összeg* felemelésének időpontjában kezdődik. Amennyiben a várakozási idő a *Biztosítási összeg* felemelésétől számít, akkor a várakozási idő csak a *Biztosítási összeg* növekményére vonatkozik.

Kritikus betegség

A *Biztosított* betegsége vagy egészségkárosodása, az alábbi meghatározások szerint, amelynek első tünetei először a *Biztosítási időszak* során jelentek meg, és amelyet először a *Biztosítási időszak* során diagnosztizáltak, ide nem értve a Várakozási időszakot és a Túlélési időszakot.

Kritikus betegségnek tekintendő a súlyos daganatos betegség, szívinfarktus, agyvérzés, szívkoszorúér bypass műtétje, az aorta műtétje, szívbillentyű műtét, veseelégtelenség, vakság (a látás elvesztése), fontos szerv/csontvelő átültetés, szklerózis multiplex, bénulás (végtagok működőképességének elvesztése), mozgatóideg sorvadás, Alzheimer kór/súlyos demencia, súlyos égési sérülés, az alábbi meghatározások szerint.

Agyvérzés

Agyi érkatasztrófa, beleértve az agyszövet elhalását, agyi és szubarachnoidális vérzést és agytrombózist. A diagnózist mindkét alábbi állapotnak alá kell támasztania:

- Maradandó idegi károsodás bizonyítéka, amit ideg orvos igazol legalább 6 héttel az esemény után, és
- MRI, CT vagy egyéb képalkotó eljárással készült lelet, ami az új agyvérzést kimutatja.

Kizárások:

- átmeneti iszkémiás rohamok;
- baleset, sérülés, fertőzés, érgyulladás, vagy gyulladással okozott agykárosodás;
- érrendszeri betegség, ami károsítja a szemet vagy a látóideget; valamint
- a vesztibuláris rendszer iszkémiás rendellenességei.

Alzheimer kór/súlyos demencia

A szellemi képesség klinikai értékeléssel és képalkotó eljárással igazolt romlása vagy elvesztése, ami Alzheimer kórból vagy visszafordíthatatlan szervi elváltozásból ered, és aminek következménye a szellemi és szociális funkcionalitás jelentős csökkenése, ami miatt a *Biztosított*nek állandó felügyeletre van szüksége. A diagnózist a megfelelő Orvos klinikai igazolásának kell alátámasztania, valamint a *Biztosító* által kijelölt Orvosnak. A következők ki vannak zárva:

- Nem szervi betegségek, mint neurózis vagy pszichiátriai betegség
- Stressz, depresszió
- Alkohol vagy kábítószer okozta agykárosodás

Az aorta műtétje

Végrehajtott műtét, melynek célja az aorta kinövésének, szűkülésének, elzáródásának vagy disszekciójának helyrehozása vagy kijavítása a mellkas vagy a hasfal megnyitásával végzett műtét útján. E meghatározás tekintetében az aorta jelenti a mellkasi és hasi aortát, de nem jelenti az abból induló ereket.

Bénulás (a végtagok működőképességének elvesztése)

Legalább két teljes végtag működőképességének teljes és visszafordíthatatlan elvesztése sérülés vagy betegség következtében. Az állapotot vezető idegyógyásznak kell igazolnia.

Fontos szerv / csontvelő átültetés

A következő transzplantátumok beültetése:

- emberi csontvelő, vérképző őssejt felhasználásával, amit a csontvelő teljes ablációja előz meg, vagy
- emberi szív, tüdő, máj, vese és hasnyálmirigy, ami a megfelelő szerv visszafordíthatatlan végső leállása miatt vált szükségessé.

Egyéb őssejt beültetések ki vannak zárva.

Jelentős égési sebek

III. fokozatú égés (a bőr teljes vastagságában), ami a *Biztosított* testfelületének legalább 40%-ára kiterjed.

Mozgatóideg sorvadás

A mozgatóideg sorvadása, amit a kortikospinális traktus, az elülső szarvsejt és a nyúltvelő mozgató neuronok degenerációja jellemez, ideértve a gerinceredetű izomsorvadást, az előrehaladó nyúltvelői bénulást, az amiotrófiás laterális szklerózist, és az elsődleges laterális szklerózist. Ideg orvosnak kell igazolnia, hogy a diagnózis megállapította a progresszivitást, és hogy a folyamat maradandó neurológiai deficithez vezet.

Súlyos daganatos betegségek

Rosszindulatú daganat, amit a rákos sejtek megállíthatatlan növekedése és az egészséges szövetek károsítása jellemez. Ezt a diagnózist a rosszindulatúságot igazoló szövettani lelet, valamint onkológus vagy patológus szakvéleménye kell, hogy alátámassza.

Az alábbiak kizárásra kerülnek:

- Olyan daganatok, amelyek rosszindulatú in situ karcinómának tekintendők, és olyan daganatok, amelyeket a szövettani vizsgálat premalignusnak és nem invazívnak ír le, beleértve, de nem kizárólagosan: in situ mellrák, agyi diszfázia (CIN-1, CIN-2 és CIN-3), hiperkeratózis, basal-sejtes és elszarusodott sejtes bőrrák, és 1,5 mm-nél kisebb

melanómák. 3-as Breslow féle vastagsági mutató vagy Clark besorolás alatt, kivéve, ha a metasztázis bizonyítható. Prostatarák, ami a szövettani vizsgálat szerint T1a vagy T1b TNM osztályba tartozik, illetve prostatarák ezeknek megfelelő vagy ezeknél alacsonyabb besorolásban, a pajzsmirigy 1 cm-nél kisebb átmérőjű T1N0M0 papillárismikro-karcinómája, hólyag papillárismikro-karcinómája valamint krónikus limfocitás leukémia a 3-as RAI besorolás alatt, Hodgkin-kór III. kiterjedési besorolás alatt.

- Mindenféle daganat HIV, illetve AIDS jelenlétében.

Szívbillentyű műtét

Nyílt szívű műtét a beteg szívbillentyű pótlására vagy gyógyítására. A szívbillentyű rendellenességet szívkatéterezésnek vagy ekhokardiogramnak kell alátámasztania, és az eljárást a vizsgálatban részt vevő szívgyógyásznak szükségesnek kell tartania.

Szívkoszorúér by-pass műtétje

A mellkas felnyitásával járó műtét, egy vagy több koszorúér beszűkülésének vagy elzáródásának korrekciójára irányuló by-passgraft beültetésével. A diagnózist a koszorúér jelentős károsodását mutató angiográfiai bizonyítéknak kell alátámasztania és az eljárást a vizsgálatban részt vevő szívgyógyász szükségesnek kell, hogy tartsa. E meghatározásból ki van zárva az angioplasztika és egyéb, az éren belül végrehajtott katéter alapú technika, "kulcsluk-" vagy lézerelejárások.

Szívroham

A szívizom egy részének elhalása, ami a terület elégtelen vérellátásából ered. A diagnózist az alábbi öt követelményből háromnak vagy többnek kell alátámasztania, melyek az új szívrohamot igazolják:

- Tipikus mellkasi fájdalom előzmény;
- Új elektrokardiogramm (EKG) változások igazolják az infarktust;
- A CK-MB szívenzim szintjének diagnosztizált emelkedése;
- Troponin (T vagy I) szintjének diagnosztizált emelkedése;
- Az esemény után 3 hónappal vagy többel a bal kamra funkciójának 50%-ot meghaladó csökkenését lehet mérni.

Szklerózis multiplex

A szklerózis multiplex definitív megjelenése. A diagnózist a következőknek kell alátámasztaniuk:

- Vizsgálat, ami egyértelműen igazolja a szklerózis multiplex diagnózisát, és
- Többszörös neurológiai deficit, ami az utóbbi folyamatos hathónapnyi időszakban fordult elő, és
- Az említett szimptomák súlyosbodásának és gyógyulásának, valamint a neurológiai deficitnek a jól dokumentált előtörténete.
- Idegi károsodás egyéb okból – mint SLE és HIV – ki vannak zárva.

Vakság (Látóképesség elvesztése)

Mindkét szem látóképességének teljes és visszafordíthatatlan elvesztése *Baleset* vagy *Betegség* következtében. A vakságot szemorvosnak kell igazolnia.

Veseelégtelenség

Mindkét vese krónikus és visszafordíthatatlan elégtelensége, ami miatt vagy állandó vese dialízisre, vagy vese átültetésre van szükség.

A kritikus betegségek szolgáltatásra alkalmazandó különös feltételek:

- A jelen fejezet alapján nyújtott fedezet a *Biztosított* vonatkozásában a *Kritikus betegségre* vonatkozó szolgáltatás kifizetésével megszűnik, melyet követően a *Szerződőnek* nem kell több díjat fizetnie az adott *Biztosított* után.
- Nem jár szolgáltatás az olyan *Kritikus betegségre*, amit először a *Várakozási idő* alatt diagnosztizáltak.
- Nem jár szolgáltatás a *Kritikus betegségre*, ha a *Biztosított* meghal a *Túlélési idő* alatt.
- Bármiféle szolgáltatási igény, amit a *Biztosító* a jelen fejezet alapján elfogadott, a *Túlélési idő* letelte után válik kifizethetővé.
- A *Biztosító* a *Kritikus betegségre* a *Szolgáltatási táblázatban* megállapított *Biztosítás összeget* a *Biztosított*nak csak egyszer fizeti ki.

A kritikus betegségek szolgáltatásra vonatkozó kizárások

A *Biztosító* nem fizet olyan igényekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve az alábbiakból erednek:

- 1) bármilyen *Betegség*, ami nem szerepel a *Kritikus betegségek* között;
- 2) bármiféle *Kritikus betegség*, aminek a jelei és tünetei a *Kockázatviselés kezdetét* megelőzően, vagy az azt követő *Várakozási időn* belül jelentkeztek;
- 3) bármiféle *Kritikus betegség*, ami olyan testi vagy mentális állapotból ered, ami már a *Kockázatviselés kezdetét* megelőzően is fennállt, amit a *Biztosító* számára írásban nem tártak fel, és amit a *Biztosító* nem fogadott el;
- 4) születési rendellenességek;
- 5) gyermekszülés vagy terhesség;
- 6) olyan diagnózis, amit a *Biztosított* vagy annak közeli családtagja, vagy bárki, aki a *Biztosítottal* egy háztartásban él, vagy természetgyógyász, akupunktőr vagy egyéb nem hagyományos egészségügyi szolgáltatást nyújtó állított fel;
- 7) műtét vagy orvosi kezelés;
- 8) *Kritikus betegség*, ami alkohol- vagy drogfüggőség következménye;
- 9) egynél több *Kritikus betegség* ugyanazon *Biztosítottnál*.

14. Orvosi költségek

Amennyiben a *Biztosított* egészségi állapota *Testi sérülés* miatt orvosi ellátást igényel a *Szolgáltatási Időszak* alatt, a *Biztosító* megtéríti a *Szokásos és ésszerű költségeket*, maximum a *Szolgáltatási táblázatban* jelölt Fedezett orvosi költségek *Biztosítási összegéig*, levonva belőle az *Önrészt*.

Az orvosi költségekre vonatkozó fogalom meghatározások

Azonnali orvosi ellátás

A *Testi sérülést* követő 24 órán belül megkezdett gyógykezelés.

Fedezett orvosi költségek

Azon költségek, melyek ténylegesen felmerültek a *Biztosítottnál* az ügyeletes *Orvos* által javasolt szolgáltatások és gyógyszerek, egyéb anyagok tekintetében.

Ide tartoznak:

- a) az *Orvosok* által nyújtott szolgáltatások;
- b) egy gyógyászati intézményben való tartózkodás és a műtő használatának a költsége;
- c) altatás (beleértve az altatószer adagolását), a Röntgen vizsgálat vagy kezelés, laboratóriumi vizsgálatok;
- d) mentőszolgálat;
- e) fájdalomcsillapítók, gyógyszerek, terapeutikus szolgáltatások, egyéb anyagok és
- f) fizioterápiás kezelések.

A 80. életévét betöltött *Biztosított* esetében a *Biztosító* nem teljesít Orvosi költségek biztosítási szolgáltatást.

Érvényes 2023. augusztus 1-től