

Alfa Help

Baleset- és Egészségbiztosítási Szabályzat

Érvényes: 2023. szeptember 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

BEVEZETŐ RENDELKEZÉSEK	4
1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI	5
2. ÁLTALÁNOS FOGALMAK	8
3. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA	11
3.1. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége.....	11
3.2. A szolgáltatás teljesítésének feltételei.....	12
3.3. A Biztosító mentesülésének általános esetei, általános kockázatki záráások.....	13
4. BALESET-, EGÉSZSÉG- ÉS KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSI MODULOK	13
4.1. Biztosítási események és szolgáltatások.....	13
4.1.1. Balesetből eredő halál.....	13
4.1.2. Közlekedési balesetből eredő halál	14
4.1.3. Balesetből eredő rokkantság 1–100%, vagy 20–100%, vagy 50–100% közötti mértékben.....	14
4.1.4. Közlekedési balesetből eredő rokkantság.....	15
4.1.5. Balesetből eredő kórházi ápolás.....	15
4.1.6. Baleseti eredetű műtét.....	15
4.1.7. Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés.....	16
4.1.8. Baleseti eredetű égési sérülés	16
4.1.9. Napégés	17
4.1.10. Elmaradt tanulmányok pótlása.....	17
4.1.11. Baleseti eredetű keresőképtelenség.....	17
4.1.12. Szövődményes kullancscsípés.....	18
4.1.13. Állatharapás	18
4.1.14. Baleseti eredetű költségterítés.....	18

4.1.15.	Bármely okú halál (kockázati életbiztosítás) kizárólag a főbiztosítottra vagy minden biztosítottra.....	19
4.1.16.	Papa-Mama – életbiztosítás a szülőknek.....	19
4.1.17.	Rokkantság (70%-ot elérő mértékű egészségkárosodás)	20
4.1.18.	Kórházi ápolás.....	20
4.1.19.	Műtét.....	21
4.1.20.	Kritikus betegségek.....	21
4.1.21.	Keresőképtelenség.....	28
4.2.	A baleset-, egészség- és a kockázati életbiztosításhoz kapcsolódó speciális mentesülési esetek	29
4.3.	A baleset-, egészség- és a kockázati életbiztosításhoz kapcsolódó speciális kizárások.....	30
5.	ORVOSI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS MODULOK	31
5.1.	Biztosítási események és szolgáltatások	31
5.1.1.	24 órás orvosi call center	31
5.1.2.	Második orvosi szakvélemény	31
5.2.	Az orvosi segítségnyújtáshoz kapcsolódó mentesülési esetek	33
5.3.	Az orvosi segítségnyújtáshoz kapcsolódó speciális kizárások.....	33
6.	KÁRBIZTOSÍTÁSI MODULOK	33
6.1.	Biztosítási események és szolgáltatások	33
6.1.1.	Személyi okmányok, bankkártyák pótlása.....	33
6.1.2.	Rablás.....	33
6.2.	Személyi okmányok, bankkártyák pótlása biztosításhoz és rablás biztosításhoz kapcsolódó mentesülési esetek	34
6.3.	Személyi okmányok, bankkártyák pótlása biztosításhoz és rablás biztosításhoz kapcsolódó kizárások.....	35
6.4.	Megtérítési igény	35
6.5.	A biztosított vagyontárgy megkerülése.....	35
7.	ÁLTALÁNOS FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS MODUL.....	35
7.1.	Biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása.....	35
7.2.	A biztosítási esemény korlátozása, mentesülés, kizárások.....	37
7.3.	Egyéb rendelkezések, visszkereset.....	38

8. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTÉVEL, FENNÁLLTÁVAL, MÓDOSÍTÁSÁVAL, MEGÚJÍTÁSÁVAL ÉS MEGSZÚNÉSÉVEL KAPCSOLATOS RENDELKEZÉSEK	38
8.1. A biztosítási szerződés létrejötte, a kockázatviselés kezdete és a szerződés tartama, megújítása	38
8.2. Díjváltozás, értékkövetés, a szerződés módosítása	40
8.2.1. Életkor miatti díjváltozás	40
8.2.2. Értékkövetés	40
8.2.3. Biztosítási évfordulót követő biztosítási díj	41
8.2.4. Biztosítottak módosítása	41
8.3. A szerződés és a kockázatviselés megszűnése	41
8.4. A szerződés területi hatálya	43
8.5. Várakozási idő	43
8.6. Közlési és változásbejelentési kötelezettség	43
8.7. Kármegelőzés, kárenyhítés	45
8.8. A biztosítási díj, díjfizetés, a díjfizetés elmulasztásának következményei	46
9. ELÉVÜLÉS	47
10. VEGYES RENDELKEZÉSEK	47
FÜGGELÉK	49
MELLÉKLETEK	50
I. számú Melléklet: Adatvédelmi és fogyasztóvédelmi általános ügyfél-tájékoztató	50
II. számú Melléklet: A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok	66
III. számú Melléklet: Tájékoztató az egészségkárosodás mértékének megállapításához (rokkantsági százalékok és égési sérülési tájékoztató, műtéti lista)	72

Alfa Help

Baleset- és Egészségbiztosítási Szabályzat

A jelen feltételek az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., továbbiakban **Biztosító**, azon biztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek.

Jelen feltételek elválaszthatatlan részét képezi három melléklet, így az „Adatvédelmi és fogyasztóvédelmi általános ügyfél-tájékoztató”, „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” és a „Tájékoztató az egészségkárosodás mértékének megállapításához”, és a Függelék.

Jelen szerződésre vonatkozóan a magyar jog és az Európai Unió tagországai által kötelezően és közvetlenül alkalmazandó jogszabályok rendelkezései az irányadók. A biztosítási feltételekben nem rendezett kérdésekben a vonatkozó hatályos jogszabályok, így különösen, de nem kizárólag a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.), a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) rendelkezéseit kell alkalmazni. A jogszabályok változása esetén a jelen feltételek rendelkezéseinek és a hatályos jogszabályok kötelező érvényű előírásainak esetleges eltérésekor a hatályos jogszabályok az irányadók. A jogszabályok változásáról a biztosító nem köteles tájékoztatni a szerződőt.

BEVEZETŐ RENDELKEZÉSEK

Az Alfa Help biztosítás balesetbiztosítási és egészségbiztosítási elemeket, kockázati életbiztosítást, felelősségbiztosítást, orvosszakértői segítségnyújtást, rablás, valamint személyi okmány, bankkártya pótlás biztosítást és baleseti költségtérítést kínál.

A szerződés **egyéni és családi** változatban köthető; egyéni biztosítás esetén 1, családi változat esetében egy szerződés keretében legfeljebb 6 személy biztosítására van lehetőség.

A jelen feltételek értelmében a Biztosító szolgáltatásának alapját képező események (illetve egyes esetekben a Biztosító szolgáltatásának megnevezése):

Balesetbiztosítás

- Balesetből eredő halál
- Közlekedési balesetből eredő halál
- Balesetből eredő rokkantság 1–100%, vagy 20–100%, vagy 50–100% közötti mértékben
- Közlekedési balesetből eredő rokkantság
- Balesetből eredő kórházi ápolás
- Baleseti eredetű műtét
- Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés
- Baleseti eredetű égési sérülés
- Napégés
- Elmaradt tanulmányok pótlása (balesetből eredő kórházi ápolás esetén)
- Baleseti eredetű keresőképtelenség
- Szövődményes kullancscsípés

- Állatharapás
- Baleseti eredetű költségtérítés

Életbiztosítás

- Bármely okú halál (kockázati életbiztosítás)
- Papa-Mama – életbiztosítás a szülőknek

Egészségbiztosítás

- Rokkantság
- Kórházi ápolás
- Műtét
- Kritikus betegségek
- Keresőképtelenség

Kárbiztosítás

- Személyi okmányok, bankkártyák pótlása
- Rablás
- Általános felelősségbiztosítás

Orvosi segítségnyújtás

- 24 órás orvosi call center
- Második orvosi szakvélemény

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

- Biztosító** az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító), amely a biztosítási díj ellenében a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatások teljesítésére a szerződésben meghatározott módon és mértékben vállal kötelezettséget.
- Szerződő** az a természetes személy vagy gazdálkodó szervezet, aki
 - a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt;
 - valamely személyhez fűződő jogviszonya alapján a szerződést az érdekelt személy javára köti meg;
 - a szerződés megkötésére az írásbeli ajánlatot megtette, vagy a Biztosító ajánlatát elfogadta, és a biztosítási szerződés létrejötte esetén a biztosítási díjat fizeti;
 - a Biztosító jognyilatkozatainak címzettje;
 - **a Biztosítóhoz intézendő jognyilatkozatok megtételére köteles és jogosult mindaddig, amíg a biztosított a szerződő helyébe nem lép;**
 - a szerződés bármely eseményéről, módosulásáról a biztosított(ak) tájékoztatására köteles.

1.3. Biztosítottak együttesen a főbiztosított és a társbiztosított(ak).

1.3.1. Biztosított, főbiztosított, illetve társbiztosított az a természetes személy, akire a Biztosító kockázatviselése vonatkozik, és akit a biztosítási ajánlaton és ennek alapján a kötvényen biztosítottként, főbiztosítottként, illetve társbiztosítottként megjelölnek.

A szerződésben szereplő társbiztosítottak körét – amennyiben az adott csomagnak családi változata elérhető – a szerződő módosíthatja jelen szabályzat 8.2.4. pontja szerint.

1.3.2. A biztosítottak (főbiztosított vagy társbiztosított) belépési életkora legalább 1 év, legfeljebb 65 év, maximális kora 75 év, amelynek elérési időpontját követő biztosítási évfordulón az adott biztosítottra a szerződés legkésőbb megszűnik. A belépési és maximális életkorok ettől eltérő szabályait az egyes biztosítási modulokra vonatkozó rendelkezések tartalmazzák.

1.3.3. Nem lehet biztosított az, aki a szerződés megkötésének időpontjában megváltozott munkaképességhez kapcsolódó ellátásban (így különösen, de nem kizárólagosan, rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban) részesül, illetve annak megállapítására irányuló eljárás a szerződés megkötéséig megindult. Nem lehet biztosított az a személy továbbá, aki a szerződés megkötésének időpontjában tartós (orvosilag diagnosztizált) elmebetegségben szenved, illetve beszámítási képességét elveszítette.

A biztosítottak foglalkozásával és sporttevékenységével kapcsolatos kizárások a jelen szabályzat 4.3.3. pontjában találhatók.

1.4. Ha a szerződő nem a főbiztosított, a főbiztosított a szerződésbe szerződként bármikor beléphet. Társbiztosított a szerződésbe szerződként csak a szerződő, a főbiztosított és a többi társbiztosított hozzájárulásával léphet be. Amennyiben ez megtörténik, úgy

- a szerződő személyében bekövetkezett változásról a biztosítottnak a Biztosítót és a szerződőt írásbeli nyilatkozattal értesítenie kell. Az értesítésig a Biztosító az általa ismert szerződővel kommunikálhat, így a biztosított belépési szándékáról szóló tájékoztatást is megküldi, jelezve azt is, hogy a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges;
- a belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át;
- a szerződésbe belépő biztosított köteles megtéríteni a korábbi szerződőnek a szerződésre fordított költségeit, ideértve a biztosítási díjakat is;
- a folyó biztosítási időszakban a szerződő és a biztosított az esedékes díjak megfizetéséért egyetemlegesen felelős.

1.5. Ha a szerződő és a biztosított(ak) személye eltér, úgy

- a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított(ak) írásbeli hozzájárulása szükséges;
- a szerződő kötelezettsége a biztosítottat tájékoztatni a szerződés tartalmáról, illetve a szerződést érintő valamennyi változásról;
- a biztosított(ak) hozzájárulása nélkül kötött vagy módosított biztosítási szerződésnek a kedvezményezett jelölését tartalmazó része nem érvényes azon biztosítottra vonatkozó biztosítási

események tekintetében, amelyik biztosított hozzájárulása hiányzik. Ekkor kedvezményezettnek az érintett biztosítottat, illetőleg örökösét kell tekinteni, aki az ily módon neki járó biztosítási összegből a szerződőnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.

- 1.6. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. Ez szükséges akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy.
- 1.7. A Biztosító a szerződőváltást a jelen feltételeknek megfelelő írásbeli bejelentést követő hónap első napjának 0. órájától, de legkorábban a szerződő értesítését követő 15 napon túl veszi figyelembe. A hónap 15. napjáig beérkezett igény esetén a következő hónap 1-jétől, 15-ét követő beérkezés esetén egy teljes hónap elteltét követő hónap 1-jétől érvényes a szerződőváltás.
- 1.8. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében
 - főbiztosított esetén a biztosítási időszak végével a teljes biztosítási szerződés megszűnik, kivéve, ha a főbiztosított a szerződésbe szerződőként lép;
 - társbiztosított esetén a Biztosító kockázatviselése a biztosítási időszak végével megszűnik a hozzájárulást visszavonó társbiztosított vonatkozásában.
- 1.9. **Kedvezményezett** az a személy, aki a balesetbiztosítási, az egészségbiztosítási és a kockázati életbiztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult.
 - A szerződő és az érintett biztosított eltérő rendelkezése hiányában a kedvezményezett a biztosított életében esedékes szolgáltatásokra a biztosított, a haláleseti szolgáltatásokra a biztosított örököse.
 - Eltérő kedvezményezett az érintett biztosított és a szerződő egyetértésével jelölhető.
 - Egy szerződésben a különböző kockázatokra az érintett biztosított életében esedékes valamennyi szolgáltatásra azonos kedvezményezett-jelölés tehető, ugyanígy az érintett biztosított halála esetére vonatkozó valamennyi szolgáltatásra is azonos kedvezményezett-jelölés tehető.
 - A szolgáltatásokra – az előbbi megszorítással – több kedvezményezett is megnevezhető. Ez esetben a kedvezményezettség arányát egész százalékban kifejezve kell rögzíteni, a kedvezményezettek részesedése szolgáltatásonként összesen 100% lehet.

A kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak a szerződés tartama alatt eljuttatott írásbeli nyilatkozattal a szerződő jelölheti ki, illetve módosíthatja. Ha a kedvezményezett jelöléssel érintett biztosított és a szerződő személye eltér, mindezekhez az érintett biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

Ha a szerződő a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja (visszavonhatatlan kedvezményezett jelölés), akkor a kedvezményezett kijelölését kizárólag a kedvezményezett hozzájárulásával lehet visszavonni. A vállalásról, illetve a jelölés módosításának elfogadásáról a Biztosítót értesíteni kell.

- 1.10. **Kárbiztosításnál szolgáltatásra jogosultak:**
- kárbiztosítási szolgáltatás esetén a biztosított tulajdonos;
 - felelősségbiztosítás esetén a károsult;
 - segítségnyújtási szolgáltatásra az érintett biztosítottak.
- 1.11. **Ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy, továbbá aki a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.

2. ÁLTALÁNOS FOGALMAK

- 2.1. **Biztosítási ajánlat:** A biztosítási szerződést megalapozó, minden lényeges adatot tartalmazó, a Biztosító érvényes ajánlati nyomtatványán és mindenkor díjszabásának megfelelően tett nyilatkozat, mellyel a szerződő a biztosítás megkötését kezdeményezi. Biztosítási ajánlatot kivételesen a Biztosító is tehet.
- 2.2. **Biztosítási szerződés:** A szerződő ajánlata, illetve annak a Biztosító általi elfogadása alapján – kivételes esetben a Biztosító nyilatkozata nélkül – létrejövő megállapodás, amelynek alapján a Biztosító a kockázatviselés kezdete után bekövetkező, meghatározott jövőbeli esemény (biztosítási esemény) alapján szolgáltatási összeg, illetve kár megfizetésére, vagy más szolgáltatás teljesítésére köteles, a szerződő pedig díj fizetésére kötelezi magát. Ha a szerződést a felek nem írásban kötötték meg, a Biztosító köteles a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot kiállítani.
- 2.3. **Biztosítási modul és biztosítási csomag:**
- A biztosítási modulok az ajánlattétel (Biztosító által adott ajánlat esetén az ajánlatadás) során választható legkisebb szolgáltatási egységek.
 - A biztosítási modulok különböző kombinációi biztosítási csomagokat alkotnak.
 - Az egyes biztosítási csomagok közül a szerződő a biztosítási ajánlaton választhat, a szerződő választását a Biztosító az általa kibocsátott kötvénnyel (fedezetet igazoló dokumentummal) fogadja el.
- 2.4. **Biztosítási esemény:** A jelen szerződési feltételek 4–7. fejezeteiben meghatározott események.
- 2.5. **Biztosítási szolgáltatás:** A Biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor fellépő, szolgáltatási összeg, illetve kár megfizetésére, vagy más szolgáltatás teljesítésére irányuló kötelezettsége.
- 2.6. **Biztosítási díj:** A Biztosító kockázatban állásának és szolgáltatásainak, a Biztosító mindenkor díj-szabása alapján megállapított – költségek fedezetét is tartalmazó – ellenértéke, melyet a szerződő köteles a Biztosítónak megfizetni.
- 2.7. **Technikai kezdet:** A biztosítási ajánlattételt követő hónap 1-je, amely egyben az első biztosítási év kezdete.
- 2.8. **Biztosítási időszak, biztosítási év, évforduló:** A biztosítási év a biztosítás tartamán belül 12 egymást követő hónap. A biztosítási év kezdete minden évben a szerződés technikai kezdeté-

nek hónapja és napja, a biztosítási év vége és – a felek eltérő rendelkezése hiányában – egyben a szerződés lejáratának időpontja a technikai kezdettől számolt 12. hónap utolsó napja. A biztosítási év első hónapjának első napja a biztosítási évforduló. Egy biztosítási év egy biztosítási időszaknak tekintendő, kivéve a rövidebb tartamú szerződéseket.

- 2.9. **Belépési életkor:** A szerződéskötéskor a biztosított életkorát a Biztosító úgy határozza meg, hogy a technikai kezdet dátumának évszámából kivonja a biztosított születésének évszámát. Biztosítási modulonként a szerződés eltérő minimális és maximális belépési életkorokat határozhat meg.
- 2.10. **Aktuális életkor:** A biztosítás tartama során a biztosított mindenkor aktuális életkorát a Biztosító úgy határozza meg, hogy a biztosított belépési korához hozzáadja az eltelt teljes biztosítási évek számát.
- 2.11. **Maximális életkor:** Az az életkor, amelynek elérését követő biztosítási évfordulón a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik. Biztosítási modulonként a Biztosító eltérő maximális életkorokat határozhat meg.
- 2.12. **Díjesedékesség időpontja:** A választott díjfizetési gyakoriság által meghatározott díjfizetési időszak (hónap, negyedév, félév, év) első napjának 0. órája.
- 2.13. **Rendszeres biztosítási díj:** A díjfizetési időszakra esedékes, a szerződésben megállapított éves díj azon részlete, mely a szerződő által választott gyakorisággal fizetendő.
- 2.14. **Baleset:** Jelen feltételek szerint balesetnek minősül a kockázatviselés ideje alatt a biztosított akarától függetlenül hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amellyel összefüggésben a biztosított az egyes biztosítási eseményeknél (modulok) meghatározott időn belül, a meghatározott károsodást szenvedti el.

Az egyes biztosítási eseményekre vonatkozó speciális szerződési feltételek eltérő rendelkezése hiányában jelen biztosításban nem minősülnek balesetnek az alábbi események, így a Biztosító nem viseli a kockázatot az alábbi esetekben:

- megemelés, rándulás, habituális ficam, patológiás törés;
- fagyás, kihűlés, illetve hóguta;
- napszúrás és nap általi leégés;
- szilárd, folyékony vagy légnemű anyag bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés;
- rovar- és egyéb állatcsípés, illetve marás;
- fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség;
- a biztosított elme- vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkezett esemény;
- öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés;
- a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény;
- orvosi műhiba.

A Napégés (4.1.9.) és a Szövödményes kullancscsípés (4.1.12.) modulokra a feltételekben az adott sérülésre felsorolt speciális szolgáltatások kerülnek teljesítésre.

2.15. **Közlekedési baleset:** Jelen feltételek szempontjából közlekedési baleset az a baleset, amely azáltal következik be, hogy a biztosított

- közúti járművet vezet;
- utasként szárazföldi, vasúti vagy vízi járművet vagy függővasutat, illetve közterületi liftet vesz igénybe a szállítási, utazási feltételeknek megfelelően;
- légi utasként menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ, más tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ;
- gyalogosként vagy kerékpárosként közterületen vagy közforgalom által el nem zárt magánterületen más közlekedési eszközzel okozott közlekedési baleset sérültje lesz;
- közúton járműre való be- vagy kiszállásakor, illetve fel- vagy lerakodáskor szenved sérülést, de nem a rakodást végző személyként;
- közúti eseményhez kapcsolódó tevékenységet végez, és ezzel oksági összefüggésben baleset következik be.

Nem minősül közlekedési balesetnek, és a Biztosító nem viseli a kockázatot:

- **ha a gyalogos, vagy a kerékpáros (egyéb közlekedő személy) nem mozgó jármű miatt sérül meg;**
- **ha a jármű utasa nem a jármű, illetve más jármű haladása, illetve váratlan megállása, balesete miatt sérül meg.**

2.16. **Kórház:** Jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül az az intézmény, amely állandó orvosi felügyeletet nyújtó, szakképzett ápolószeméllyel rendelkezik, és az adott állam jogszabályai szerint kórházi besorolást kapott. Nem minősül kórháznak:

- az alkoholisták és kábítószerfüggők kezelésére szolgáló intézmény;
- a tébécés betegek kezelésére szolgáló intézmény;
- az elmebetegek, illetve elmefogyatékosok számára fenntartott intézmény vagy intézményi részleg;
- a gyógyfürdőképzés, illetve gyógyfürdőhely;
- rehabilitációs osztály, egyéb rehabilitációt végző gyógyintézmény;
- geriátriai (időskori) ellátást nyújtó intézmény, szociális otthon;
- az úgynevezett elfekvő betegek ápolására szakosodott intézmény vagy intézményi részleg (krónikus belgyógyászat), illetve az utógondozási feladatokat ellátó intézmény;
- hospice tevékenységet nyújtó intézmény.

2.17. **Műtét:** Jelen feltételek szempontjából műtétnek minősül minden olyan terápiás célú sebészeti eljárás, amelyet kórházban, vagy egynapos ellátás nyújtására engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál, az érvényes orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A Biztosító a műtétet,

beavatkozásokat a biztosítási szolgáltatás szempontjából öt kategóriába sorolja. Jelen szabályzat III. számú Melléklete tartalmaz egy tájékoztató listát az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról. A Biztosító részletes, aktuális műtéti listája és a műtétek műtéti kategóriákba sorolása megtekinthető a Biztosító honlapján (www.alfa.hu). Amennyiben az adott műtét nem szerepel a Biztosító listájában, és ugyanott kizárásra sem kerül, úgy az adott műtét besorolását a Biztosító orvosa állapítja meg.

2.18. **Egyéni és családi változat:** Jelen feltételek alapján egyéni, illetve családi változatban köthető szerződés.

Egyéni változat esetén a szerződésben a szerződő lehet a biztosítottal azonos, de lehet attól eltérő személy is, de biztosítottként kizárólag egy fő szerepelhet.

A családi változatban biztosított lehet a főbiztosított, és rajta kívül legalább 1, legfeljebb 5 társbiztosított. A szerződési feltételek eltérő rendelkezése hiányában a főbiztosítottra és a társbiztosított(ak) ra ugyanazon modulok érvényesek, figyelemmel a belépési és maximális életkor kritériumok teljesítésére is. Ez alól kivételt képez a bármely okú haláleseti (kockázati élet) biztosítási modul kizárólag a főbiztosítottra vonatkozó változata (4.1.15.1. pont), amely csak a főbiztosítottra érvényes.

A Biztosító eltérő rendelkezése hiányában, ha a szerződésben egy biztosított szerepel, akkor egyéni változatúnak, míg ha egynél több biztosított szerepel (fő- és társbiztosított(ak)) akkor családi változatúnak minősül.

3. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

3.1. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége

A Biztosító csak a jelen szerződés hatálya alatt, és a jelen szerződésben meghatározott módon bekövetkezett és bejelentett biztosítási eseményekért áll helyt.

A Biztosító szolgáltatása

- a szerződésben meghatározott összeg megfizetésében (összegbiztosítás),
- a biztosított kárának vagy az általa okozott kárnak a szerződésben meghatározott módon és mértékben történő megtérítésében (kárbiztosítás), vagy
- a biztosított részére nyújtott egyéb, a szerződésben meghatározott szolgáltatás teljesítésében áll.

A Biztosító kárbiztosítás (4.1.14., 6., 7. pontok) esetén a kifizetésnél minden esetben levonja a bármely más biztosítás keretében, vagy bármely más okból megtérült összeget, függetlenül a megtérülés jogcímétől, és minden esetben levonja a biztosított vagyontárgy maradványértékét. Több biztosítási szerződés esetén – akár a Biztosítónál, akár más biztosítónál áll fenn – a kár csak egyszeresen térülhet meg.

A Biztosító biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.

A Biztosító szolgáltatása nem terjed ki a vagyontárgy helyreállításával kapcsolatban felmerült áfa megterítésére akkor sem, ha azt a biztosított jogosult az adójából levonni, illetve visszaigényelheti.

3.2. A szolgáltatás teljesítésének feltételei

3.2.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított **15 napon belül be kell jelenteni a Biztosítónak. A biztosítási esemény az alábbi módon jelenthető be:**

- online a <https://alfa.hu/irjonnekunk> oldalon,
- levélben az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 9701 Szombathely Pf. 63 címen,
- telefonon a (+36) 1-477-4800 számon,
- személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodáiban, értékesítési pontjain.

Az igénybejelentés lehetőségeiről és annak módjáról a Biztosító honlapján (www.alfa.hu) is ad tájékoztatást.

3.2.2. A biztosítási esemény bekövetkezését annak kell igazolnia, aki a szolgáltatásra igényt tart.

3.2.3. A Biztosító a szolgáltatása teljesítését csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükségesek.

3.2.4. A Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok körét a II. számú Melléklet tartalmazza.

3.2.5. A Biztosítónak jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése.

3.2.6. A Biztosító a balesetbiztosítási, egészségbiztosítási és kockázati életbiztosítási szolgáltatási igény elbírálásához saját orvosszakértőt vehet igénybe, akinek joga van a biztosítási eseményt felülbírálni. A Biztosító a balesetbiztosítási és egészségbiztosítási szolgáltatások teljesítését a biztosított személyes felülvizsgálatához kötheti. A Biztosító orvosszakértőjének döntései, megállapításai függetlenek minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők megállapításaitól, de nem zárják ki jogorvoslati eljárás igénybevételét.

3.2.7. A Biztosítónak jogában áll a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló, mindenkor hatályos jogszabályi rendelkezések betartása, illetve a kifizetés biztonsága érdekében bekérni a szerződőtől, képviselőjétől, a biztosítottaktól, a kedvezményezettekől, jogosulttól vagy bármelyiküktől eredeti bankszámlaszereződés és bankszámlakivonat bemutatását, és azokról másolat leadását.

3.2.8. **A szerződőnek, a biztosítottnak, illetve a jogosultnak minden esetben joga van olyan további bizonyítékok bemutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult büntető vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem kötheti.**

3.2.9. **A szükséges okiratok költségeit annak kell viselnie, akinek azok elfogadása érdekében áll.** A Biztosítót terheli minden olyan költség, amelyet a biztosítási igény bizonyításához igazolhatóan indokolatlanul kért.

3.2.10. A biztosítási szolgáltatás teljesítése legkésőbb az összes szükséges okmány – esetleg orvosi vizsgálat eredményének – beérkezését követő 30. napon esedékes.

3.3. A Biztosító mentesülésének általános esetei, általános kockázatkizárások

3.3.1. **A közlésre vagy a változásbejelentésére irányuló (a 8.6. pontban részletezett) kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**

Életbiztosítási és egészségbiztosítási modulok esetén a közlésre vagy változás bejelentésre vonatkozó kötelezettség megsértése esetén a Biztosító csak abban az esetben mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosítás megkötésétől, vagy az elmulasztott bejelentés kötelező időpontjától számítva még nem telt el 5 teljes biztosítási év.

3.3.2. **A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási eseményt a megadott határidőn belül (3.2.1. pont) nem jelentik be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**

3.3.3. **A biztosításból kizártak:**

- **a radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést) összefüggő események;**
- **a harci eseményekkel, más háborús cselekményekkel, felkelésekkel, lázadásokkal, terrorcselekményekkel vagy zavargásokkal összefüggő események.**

Harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó-támadás, terrorcselekmény.

3.3.4. A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szervezetének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit, (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

4. BALESET-, EGÉSZSÉG- ÉS KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSI MODULOK

4.1. Biztosítási események és szolgáltatások

4.1.1. Balesetből eredő halál

Biztosítási esemény a biztosított baleset miatti, a balesettől számított 1 éven belül, de még a biztosítottra érvényes biztosítás tartama alatt bekövetkező halála. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, baleseti eredetű halálra szóló, a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

4.1.2. Közlekedési balesetből eredő halál

Biztosítási esemény a biztosított közlekedési baleset miatti, a közlekedési balesettől számított 1 éven belüli, de még a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a közlekedési baleset napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, közlekedési baleseti eredetű halálra szóló, a közlekedési baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

4.1.3. Balesetből eredő rokkantság 1–100%, vagy 20–100%, vagy 50–100% közötti mértékben

Biztosítási esemény a biztosított olyan balesete, amely a biztosítás tartama alatt következett be, és amelynek következtében a biztosított a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított, legalább a biztosítási kötvényen jelölt mértékű maradandó egészségkárosodást szenved el. A Biztosító 1–100%, 20–100% és 50–100% közötti mérték esetén térítő baleseti rokkantsági biztosítási eseményeket különböztet meg. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rokkantságot okozó baleset napja.

A megállapított egészségkárosodásokra járó szolgáltatások mértéke kizárólag a balesettel összefüggésben álló és nem az egyébként fennálló rokkantság mértékétől függ, az összevont egészségkárosodási százalék nem haladhatja meg a 100%-ot.

4.1.3.1. Amennyiben a kötvényen a baleseti rokkantság modul megjelölt mértéke 1–100% közötti, a biztosítási esemény bekövetkezése esetén:

- a) ha a baleseti eredetű rokkantság maradandó és teljes (100%-os), a Biztosító a baleset időpontjában aktuális baleseti rokkantsági modulra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki,
- b) ha a baleseti eredetű rokkantság maradandó és részleges, és annak mértéke eléri, vagy meghaladja a 10%-ot, valamint ha a 10%-ot nem éri el, de csonkolást, bénulást, teljes megmerevedést okoz, a Biztosító a baleset időpontjában aktuális baleseti rokkantsági modulra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás mértékével azonos százalékát fizeti ki,
- c) ha a baleseti eredetű rokkantság maradandó és részleges, és annak mértéke 1% és 9% közötti, de nem okoz csonkolást, bénulást, teljes megmerevedést, a Biztosító a baleset időpontjában aktuális 1–9% közötti baleseti rokkantsági biztosítási összeget fizeti ki a Függelékben meghatározottak szerint.

4.1.3.2. Amennyiben a kötvényen a baleseti rokkantság modul megjelölt mértéke 20–100% közötti, úgy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, ha a baleseti eredetű rokkantság maradandó és részleges, és annak mértéke eléri, vagy meghaladja a 20%-ot, a Biztosító a baleset időpontjában aktuális baleseti rokkantsági modulra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás mértékével azonos százalékát fizeti ki.

4.1.3.3. Amennyiben a kötvényen a baleseti rokkantság modul megjelölt mértéke 50–100% közötti, úgy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, ha a baleseti eredetű rokkantság maradandó és részleges, és annak mértéke eléri, vagy meghaladja az 50%-ot, a Biztosító a baleset időpontjában aktuális baleseti rokkantsági modulra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás mértékével azonos százalékát fizeti ki.

A maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője állapítja meg a III. számú Mellékletben található táblázatban szereplő, iránymutató értékek figyelembe vételével.

A III. számú Mellékletben nem szereplő esetekben – a jelen biztosítás vonatkozásában – a Biztosító orvosszakértője állapítja meg, hogy a biztosított normál testi vagy szellemi teljesítőképessége milyen mértékben károsodott. A megállapításra a táblázatban felsorolt esetekben azonnal, egyébként pedig a balesetet követő 2 éven belül kerül sor.

Más orvosi testületek döntése a Biztosítót nem köti, de ez nem jelenti a jogorvoslati lehetőségek kizárását.

A Biztosító az egészségkárosodás mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem a bármely munka végzésénél figyelembe vehető általános funkciókiesést értékeli.

Az igény alapját képező biztosítási esemény előtt bármely okból már sérült vagy károsodott, funkciójában korlátozott – nem ép – testrész(ek) egészségkárosodása a biztosításból ki van zárva.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és a baleseti rokkantság mértékének megállapítására még a biztosított életében sor kerül.

4.1.4. Közlekedési balesetből eredő rokkantság

Biztosítási esemény a biztosított olyan közlekedési balesete, amely a biztosítás tartama alatt következett be, és amelynek következtében a biztosított a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított rokkantságot szenved el. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a közlekedési baleset napja.

A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatos feltételek megegyeznek a balesetből eredő rokkantság 1–100% közötti mértékű változatára vonatkozó feltételekkel (4.1.3.1. pont), a biztosítási esemény esetén a Biztosító a szolgáltatási összeg megállapításához a közlekedési baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget veszi alapul.

4.1.5. Balesetből eredő kórházi ápolás

Biztosítási esemény a biztosított olyan balesete, amely a biztosítás tartama alatt következett be, és amely a biztosított orvosi szempontból szükséges, és a kockázatviselés alatt megkezdődő, a baleset napjától számított 2 éven belüli kórházi ápolását idézi elő. **A biztosítás nem terjed ki a kockázatviselés megszűnése után kezdődő kórházi ápolásra még akkor sem, ha az a kockázatviselés alatt bekövetkezett baleset miatt vált szükségessé.** A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi ápolást okozó baleset napja.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a kórházi ápolás minden megkezdett napjára kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a baleset napján aktuális napi térítési összeget.

Intenzív ápolási osztályon történt kórházi kezelési napokra a Biztosító a biztosítottra vonatkozó aktuális napi térítési összeg kétszeresét fizeti ki.

4.1.6. Baleseti eredetű műtét

Biztosítási esemény a biztosított olyan balesete, amely a biztosítás tartama alatt következett be, és amely a baleset napjától számított 2 éven belül, de még a kockázatviselés alatt a biztosított orvosi szempontból szükséges műtétjét vonja maga után. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtétet szükségessé tevő baleset napja.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó baleseti műtéti térítésre szóló, a baleset napján aktuális biztosítási összeg alábbi százalékait fizeti ki szolgáltatásként:

Szolgáltatási kategória	A kifizetés százaléka
Kis műtétek	20%
Közepes műtétek	40%
Nagy műtétek	60%
Kiemelt műtétek	100%
Kizárt műtétek	nincs szolgáltatás

Jelen feltételek III. számú Melléklete tájékoztató listát tartalmaz az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról. A Biztosító részletes, aktuális műtéti listája és a műtétek műtéti kategóriákba sorolása megtekinthető a Biztosító honlapján (www.alfa.hu).

Amennyiben az adott műtét nem szerepel a Biztosító listájában, és ugyanott kizárásra sem kerül, úgy az adott műtét besorolását – a műtét jellegét és súlyosságát figyelembe véve – a Biztosító orvosa állapítja meg.

Ha egy biztosítási esemény következtében ugyanazon testrészen vagy szerveen több beavatkozást végeznek, akkor az adott testrészen vagy szerveen végzett műtéti beavatkozások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak az alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb szolgáltatási kategóriába esik. A térítés csak egyszeresen jár.

Amennyiben egyazon műtét során több testrészen vagy szerveen végeznek műtéti beavatkozásokat, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de összességében nem haladhatja meg a 100%-ot.

4.1.7. Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés

Biztosítási esemény a biztosított olyan, a biztosítás tartama alatt elszenvedett balesete, amely miatt csonttörés, csontrepedés következik be. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a csonttörést, csontrepedést okozó baleset napja.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek

- a) a fogrepedés, a fogtörés, illetve a fogak és fogpótlások sérülése;**
- b) részleges, vagy elmozdulással nem járó teljes törések a kézujjcsontok és kézközépcsontok (kivéve I. ujj), illetve a lábujjcsontok és lábközépcsontok (kivéve I. ujj) vonatkozásában.**

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, csonttörésre szóló, a baleset napján aktuális biztosítási összeget fizeti ki. Egy baleset miatt bekövetkezett többszörös csonttörés, csontrepedés esetén a Biztosító testtájként a törések számától függetlenül egyszeri kifizetést teljesít. Jelen feltételek szempontjából a Biztosító testtájának tekinti a felső végtagokat (bal és jobb külön-külön), az alsó végtagokat (bal és jobb külön-külön), a gerincoszlopot, a mellkast és a koponyát.

4.1.8. Baleseti eredetű égési sérülés

Biztosítási esemény a biztosított olyan, a biztosítás tartama alatt elszenvedett balesete, amely miatt égési sérülés következik be, ideértve a maró anyag okozta sérülést, de kizárva a sugárzó hő,

illetve a napégés következményeként kialakult sérülést. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az égést okozó baleset napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó baleseti égésre szóló, a baleset napján aktuális biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő százalékát fizeti ki. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka.

Súlyossági fok	Érintett testfelület nagysága (kiterjedtség)			
	10–19%	20–49%	50–79%	80% felett
II. fokú	—	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	180%	200%

Az égési sérülés súlyossági fokának besorolását, valamint a kiterjedtségének megállapítását a jelen szabályzat III. számú Melléklete tartalmazza.

Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes égési sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú sérülés fokát figyelembe véve állapítja meg. A térítés mértéke légúti égési sérülés esetén a baleseti égési sérülésre szóló, a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeg kétszerese.

4.1.9. Napégés

Biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt természetes napsugárzás hatására bekövetkező, minimum II. fokú, legalább 20%-os testfelületet érintő égési sérüléssel járó leégése. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a napégés diagnosztikában megállapított napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a biztosítási esemény napján napégésre szóló aktuális biztosítási összeget.

4.1.10. Elmaradt tanulmányok pótlása

Biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt bekövetkező, a 6–25 év közötti életkorú, nappali tagozatos képzésben résztvevő biztosított olyan balesete, amely a biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül legalább 7 napos, folyamatos kórházi tartózkodását okozza. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az eseményt okozó baleset napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra és erre az eseményre vonatkozó, a baleset napján aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

4.1.11. Baleseti eredetű keresőképtelenség

Biztosítási esemény az a baleset, amely a biztosítás tartama alatt bekövetkező, a 18–65 év közötti életkorú biztosítottnak a baleset napjától számított 2 éven belül kezdődő, és a biztosítási kötvényen jelölt időtartamot – 10, 20 vagy 30 naptári nap – meghaladó, folyamatos keresőképtelenségét idézi elő. A szolgáltatás egy balesetre csak egyszeresen téríthető.

A biztosítási szerződés egyidejűleg többféle időtartam változatot is tartalmazhat. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenséget okozó baleset napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, az adott kereső-képtelenség-változathoz tartozó, a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

4.1.12. Szövődményes kullancscsípés

Biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt, kullancscsípés következtében kialakuló

- vírusos agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás, illetve
- a Lyme-kór azon esetei, melyek kardiológiai és/vagy neurológiai szövődményekkel járnak.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a fentiekben részletezett szövődményes állapot diagnózisban megállapított napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, a szövődményes kullancscsípésre szóló, a biztosítási esemény napján aktuális alap biztosítási összeget fizeti ki.

Amennyiben

- vírusos agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás vagy Lyme-kór esetén ahhoz kapcsolódóan a diagnózist követő 3 hónapon túl neurológiai tünetek tapasztalhatók, vagy
- Lyme-kórhoz kapcsolódóan a diagnózist követő 2 éven belül rendszeres gyógyszeresedést és rendszeres kardiológiai gondozást igénylő kardiológiai szövődmények vannak

a Biztosító a szövődményes kullancscsípésre vonatkozó aktuális alap biztosítási összeg tízszeresét fizeti ki.

Ha a szövődményes kullancscsípés a biztosított halálát okozza a diagnózist követő egy éven belül, akkor a Biztosító a szövődményes kullancscsípésre vonatkozó aktuális alap biztosítási összeg ötszörösét fizeti ki.

4.1.13. Állatharapás

Biztosítási esemény a gerinces állat általi olyan harapás, amelyet a biztosított a biztosítás tartama alatt szenvedett el, és amely következtében a bőr folytonossága megszakad, valamint amely miatt a bőr alapvető sebtisztításán túlmenően varrat, drainezés, vagy a roncsolt terület kimetszése szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az állatharapás napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, az állatharapásra szóló, a biztosítás esemény napján aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

4.1.14. Baleseti eredetű költségtérítés

Biztosítási esemény a biztosított jelen szerződés hatálya alatt bekövetkező balesete, amellyel közvetlen okozati összefüggésben, a balesetet követő 2 éven belül, a biztosítottnak az alábbiakban meghatározott költségei merülnek fel:

- a) Szállítási költség, amennyiben a biztosítottat a baleseti sérülése következtében, a baleset helyszínéről a kezelésére alkalmas legközelebbi orvoshoz vagy kórházba, illetve orvosi javaslatra onnan hazaszállítják.
- b) A baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye – kivéve az a költség, amely a baleset előtt már meglévő

fog-, műfog-, korona-, hídhiba javítása miatt merül fel, illetve amely kivehető műfogsor sérüléséből adódik.

- c) Gyógyászati segédeszközök beszerzésének a költsége, amennyiben az a balesetből kifolyólag, orvos által igazoltan vált szükségessé.

Jelen pont szempontjából a 4.1.12. és 4.1.13. szerinti események is balesetnek minősülnek.

Nem minősül térítendő költségnek az orvosi kezeléssel, valamint a rehabilitációval, fürdőkúrával kapcsolatos utazási és tartózkodási költség, és a megrongálódott tárgyak javítási, újrabeszerzési költsége.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megtéríti az a)–c) pontokban meghatározott, **számlával igazolt költségeket, a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg (limit) erejéig.**

4.1.15. Bármely okú halál (kockázati életbiztosítás) kizárólag a főbiztosítottra vagy minden biztosítottra

A Biztosító – a biztosítási kötvényen jelölten – kizárólag a főbiztosítottra, valamint minden biztosítottra vonatkozó bármely okú halál biztosítási eseményt különböztet meg.

- 4.1.15.1. Kizárólag a főbiztosítottra vonatkozó bármely okú halál modul esetén biztosítási esemény a főbiztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a főbiztosítottra vonatkozó, a bármely okú halál modulra szóló, a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

- 4.1.15.2. Minden biztosítottra vonatkozó bármely okú halál modul esetén biztosítási esemény a biztosítási kötvényen jelölt bármely biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező halála. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál napja.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, a bármely okú halál modulra szóló, a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

Amennyiben a biztosított – 4.1.15.1. esetén a főbiztosított, 4.1.15.2. esetén bármely biztosított – halálakor a biztosítottnak van saját háztartásában nevelt 1 évesnél fiatalabb gyermeke, úgy a Biztosító, a biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a bármely okú halál aktuális biztosítási összegén felül kifizeti a „Szülői életbiztosítási” összeget a Függelékben meghatározottak szerint. **A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratokon felül annak igazolása is szükséges, hogy az elhunyt biztosított saját háztartásában nevelte az 1 évesnél fiatalabb gyermekét;** ez a körülmény a családi pótlékra való jogosultságot igazoló határozattal is igazolható. A szolgáltatás összegét az egy évesnél fiatalabb gyermekek száma nem befolyásolja.

4.1.16. Papa-Mama – életbiztosítás a szülőknek

Biztosítási esemény a biztosítottnak a jelen szerződés hatálya alatt bekövetkező halála, amennyiben a biztosított halálakor a biztosítottnak van saját háztartásában nevelt 1 évesnél fiatalabb gyermeke. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén kifizeti a biztosítási eseményhez tartozó,

a halál időpontjában aktuális biztosítási összeget. **A haláleset igazolásán felül annak igazolása is szükséges, hogy az elhunyt biztosított saját háztartásában nevelte az 1 évesnél fiatalabb gyermekét;** ez a körülmény a családi pótlékra való jogosultságot igazoló határozattal is igazolható. A szolgáltatás összegét az egy évesnél fiatalabb gyermekek száma nem befolyásolja.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál napja.

4.1.17. Rokkantság (70%-ot elérő mértékű egészségkárosodás)

Biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt a 16–65 év közötti életkorú biztosított egészségi állapotának és munkaképességének olyan mértékű megváltozása, amelynek következtében **a mindenkor illetékes magyar szakigazgatási szerv a biztosítás tartama alatt a biztosított egészségi állapotát 1–30% között állapítja meg.**

Jelen modulban biztosított lehet az 1.3 pontban leírtak figyelembe vételével az a természetes személy, aki saját jogon nem nyugdíjas.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az illetékes magyar szakigazgatási szerv a biztosítási esemény meghatározása szerinti egészségi állapotot megállapító határozatának kiadási napja, feltéve, hogy a határozat jogerőre emelkedik.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, a Rokkantságra szóló, a biztosítási esemény időpontjában érvényes aktuális biztosítási összeget fizeti ki. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény jelen modul kockázatviselése alatt következik be, és a biztosítási eseményt még a biztosított életében a Biztosítónak bejelentették.

4.1.18. Kórházi ápolás

Biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt bekövetkező, a 16–65 év közötti életkorú biztosított orvosi szempontból szükséges, a biztosítás kockázatviselése alatt megkezdődő, 3 napot, terhességgel és szüléssel összefüggően nem baleseti okból eredő ápolás esetén 10 napot meghaladó, az Európai Unió valamely tagállamában történő folyamatos, kórházban (aktív fekvőbeteg-ellátó intézményben) történő ápolása.

A biztosítás nem terjed ki a kockázatviselés megszűnése után kezdődő kórházi ápolásra még akkor sem, ha az a kockázatviselés alatt bekövetkezett baleset vagy kialakult betegség miatt vált szükségessé. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi ápolás első napja.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a kórházi ápolás minden megkezdett napjára kifizeti a biztosítottra vonatkozó, a kórházi napi térítésre szóló, a kórházi ápolás első napján aktuális napi térítési összeget.

Intenzív ápolási osztályon történt kórházi kezelési napokra a Biztosító a biztosítottra vonatkozó aktuális napi térítési összeg kétszeresét fizeti ki.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek a 4.3. pontban felsoroltakon túl:

- a) **halasztott kórházi ápolás, amelynek szükségessége a Biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett;**

- b) a biztosított olyan kórházi ápolása, amely okozati összefüggésben áll olyan betegségekkel, vagy állapottal, amely a Biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőző 5 évben már fennállt, és arról a biztosított tudott vagy tudnia kellett, kivéve, ha a biztosított erről nyilatkozott és a Biztosító ennek ismeretében vállalta a kockázatot;
- c) a mesterséges megtermékenyítés, művi terhességmegszakítás és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi ápolás;
- d) a krónikus vese-dialízissel kapcsolatos kórházi ápolás;
- e) a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;
- f) az alkohol-elvonókúra, drog-, illetve egyéb függőség megszüntetésére irányuló kórházi ápolás.

4.1.19. Műtét

Biztosítási esemény a biztosítás tartama alatt bekövetkező, a 16-65 év közötti életkorú biztosított orvosi szempontból szükséges műtete, amelyet a kockázatviselés alatt erre engedéllyel rendelkező orvos, Európai Unió tagállambeli egészségügyi szolgáltatónál végzett el, valamint a Biztosító orvosszakértője által összeállított részletes műtéti listán szerepel.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtét napja.

A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatos feltételek megegyeznek a baleseti eredetű műtétnél található feltételekkel (4.1.6. pont).

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a műtéti térítésre szóló, a biztosítási esemény bekövetkezési időpontjában aktuális biztosítási összegnek a műtéti kategóriához rendelt százalékait fizeti ki szolgáltatásként.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek a 4.3. pontban és a III. számú Mellékletben felsoroltakon túl:

- a) az úgynevezett halasztott műtét, amelynek szükségessége a Biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőzően már megállapítható volt és amelynek szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett;
- b) a biztosítotton végzett olyan műtéti beavatkozás, amely okozati összefüggésben áll olyan betegségekkel, vagy állapottal, amely a Biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőző 5 évben már fennállt, és arról a biztosított tudott vagy tudnia kellett, kivéve, ha a biztosított erről nyilatkozott és a Biztosító ennek ismeretében vállalta a kockázatot;
- c) mesterséges megtermékenyítés és terhességmegszakítás különböző formáival kapcsolatos műtéti beavatkozások;
- d) kockázatviselés előtt bekövetkezett fogantatással kapcsolatos műtéti események;
- e) a magzaton végzett beavatkozások esetén a magzatot ért károsodásokra nem terjed ki a biztosítás szolgáltatása.

4.1.20. Kritikus betegségek

Biztosítási esemény a 16-65 év közötti életkorú biztosítottnak a jelen modul kockázatviselési tartama alatt bekövetkező, a jelen pontban felsoroltak szerinti kritikus betegsége.

A szolgáltatási összeget csak abban az esetben fizeti ki a Biztosító, ha a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában életben van, ha a biztosítási esemény bejelentésére még a biztosított életében sor került, és a szolgáltatás elbírálásához szükséges adatok beszerezhetők.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a kötvényen szereplő kritikus betegségek modulra szóló, a biztosítási esemény bekövetkezési időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki szolgáltatásként.

A kritikus betegségekre szóló modulok alapján a biztosítási összeg csak egy ízben és egy-egy esetben kerülhet kifizetésre.

4.1.20.1. Daganatos kritikus betegségekre szóló modul esetén biztosítási eseménynek minősül az alábbi:

A. Rosszindulatú daganat (rákbetegség)

Jelen feltételek szerint rosszindulatú daganatos betegségnek minősül bizonyos sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, mely a szövetek roncsolásához vezet, és amely elváltozás sebészeti kezelést, sugárkezelést és/vagy kemoterápiát tesz szükségessé, továbbá a betegség felismerését szövettani eredmény és szakorvosi vélemény igazolja. A környezetüket roncsoló daganattípusok mellett a leukémia, limfóma, szarkóma és Hodgkin-kór besorolású betegségek is szolgáltatási jogosultságot jelentenek.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Szövettanilag jóindulatú, pre-malignus, alacsony malignitási fokú daganat.**
- **A kiindulási sejt környezetére nem áttérjedő (Tis /tumor in situ/ vagy Ta) daganat.**
- **Azon prosztatata daganatok, melyek Gleason szerinti szövettani besorolása nem haladja meg a 6-os értéket, vagy nem éri el a T2NOMO osztályozási szintet.**
- **Nem melanóma típusú bőrdaganatok.**
- **Azon melanóma, mely mélységi kiterjedése nem haladja meg az 1 mm-t és T1aNOMO osztályba sorolt.**
- **Azon pajzsmirigy daganatok, melyek átmérője nem nagyobb 2 cm-nél és T1NOMO osztályba soroltak.**
- **HIV fertőzöttség mellett kialakult bármely daganatos betegség.**

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a diagnózis felállításának legkorábbi időpontját követő 1 hónap eltelte.

4.1.20.2. Kritikus betegségekre szóló, 7 elemű modul esetén biztosítási eseménynek minősülnek a 4.1.20.1. pontban leírtakon kívül az alábbiak:

B. Szövetileg jóindulatú agydaganat

Jelen feltételek szerint szövetileg jóindulatú agydaganatnak minősül az agyban elhelyezkedő olyan daganat, mely folyamatosan, legalább 6 hónapon át fennálló idegrendszeri zavart okoz, és melynek jelenlétét képzőképző eljárás (pl. CT, MR) igazolja.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Ciszta, granulóma, az agyi erek malformációja, hematoma, tályog, akusztikus neurinoma, az agyalapi mirigy és a gerinc daganatai.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a biztosítási eseményben meghatározott diagnózis felállításának időpontja.

C. Szívizominfarktus

Jelen feltételek szerint szívizominfarktusnak minősül a szívizom egy részének, a területet ellátó koszorúér betegsége miatt fellépő, a nem megfelelő vérellátás következtében kialakuló elhalása, melyet a friss szívizomelhalásra jellemző 2 klinikai kép, a laboratóriumi leletekben észlelt eltérések és típusos EKG kép igazol.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Az angina pectoris, egyéb akut koronária szindrómák, szívelégtelenség-, baleset-, szívizomgyulladás és szívburokgyulladás kapcsán kialakult kórkép.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség bekövetkeztének orvosilag megállapított időpontját követő 1 hónap eltelte.

D. Agyi érkatasztrófa (stroke)

Jelen feltételek szerint agyi érkatasztrófának minősül az agyszövet pusztulásához vezető olyan esemény – koponyaúri vérzés, agyi ér embóliája vagy trombózisa –, mely folyamatosan fennálló idegrendszeri működési zavart okoz és ennek fennállása objektív neurológiai szakvizsgálattal az esemény után legalább 3 hónappal is megállapítható. A diagnózist képkalkotó vizsgálatnak kell alátámasztania, mely igazolja a friss eseményt.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **A koponyatrauma okozta agysérülés, az átmeneti agyi keringészavar (TIA), a szem vérellátását biztosító erek elváltozása (ideértve a látóideg vagy retina érelváltozásait), az egyensúlyozó vestibuláris rendszert érintő keringési rendellenességek, továbbá a tünetmentesen lezajlott stroke, melyet kizárólag képalkotó eljárás fed fel.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a maradandó, idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 3 hónap eltelte.

E. Szív-koszorúérműtét

Jelen feltételek szerint szív-koszorúérműtétnek minősül a mellkas megnyitásával járó olyan műtét, amelynek célja a koszorúérrendszer koszorúérfestéssel előzetesen igazolt, egy vagy több szűkületének vagy elzáródásának érgraft beültetésével történő áthidalása.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Az éren keresztüli behatolással, katéteres technikával végzett beavatkozás.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontját követő 1 hónap eltelte.

F. Szervátültetés

Jelen feltételek szerint szervátültetésnek minősül az olyan műtéti beavatkozás, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe más személy szervezetéből orvosi indokkal szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő kerül átültetésre.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Az összejtnék, a hasnyálmirigy sziget-sejtjeinek és a szaruhártyának a beültetése.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontját követő 1 hónap eltelte.

G. Végstádiumú veseelégtelenség

Jelen feltételek szerint végstádiumú veseelégtelenségnek minősül, ha mindkét vese működése visszafordíthatatlan módon olyan mértékben csökkent, hogy szakorvos által elrendelt és ellenőrzött tartós művesekezelés (dialízis) válik szükségessé.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Az a betegség, amely esetén a művesekezelésre időlegesen, hevenyen fellépő vesekárosodás miatt van szükség.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a rendszeres művesekezelés szükségességét megállapító szakorvosi vélemény kiállításának időpontját követő 1 hónap eltelte.

4.1.20.3. Kritikus betegségekre szóló, 20 elemű modul esetén biztosítási eseménynek minősülnek a 4.1.20.1. és 4.1.20.2. pontokban leírtakon kívül az alábbiak:

H. Alzheimer kór

Jelen feltételek szerint Alzheimer kórnak minősül a gondolkodási funkciók folyamatos és tartós beszűkülésével, viselkedési zavarral és az elbutulást követően kialakuló gyors biológiai leépüléssel jellemezhető betegség.

A betegség csak abban az esetben biztosítási esemény, ha a diagnózis felállításának időpontja és a bejelentés időpontja között a betegség tünetei legalább 6 hónapja folyamatosan, tartósan fennállnak. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a Biztosító orvosa állapítja meg az önálló életvitelhez szükséges képességek (napi aktivitás) felméréseivel. A biztosítási esemény abban az esetben igazolt, ha a vizsgált funkciók közül legalább három képesség kiesése megállapítható. A vizsgált képességek a következők: táplálkozás, mosdás, öltözködés, helyváltoztatás és toalett használata.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Az egyéb pszichiátriai betegségek és az alkoholizmus következtében kialakult tünetegyüttes.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegségnek a Biztosító orvosa által megállapított fennállása a biztosítási eseményben meghatározottak szerint.

I. Parkinson kór

Jelen feltételek szerint Parkinson kórnak minősül az olyan progresszív, nem akaratlagos mozgászavar, amelyet remegés, izomfeszülés, a mozgások meglassúbbodása és egyensúlyzavar jellemez.

A betegség csak abban az esetben biztosítási esemény, ha a tünetei gyógyszeres kezeléssel nem befolyásolhatók, és a betegség lefolyása súlyosbodó jelleget mutat, valamint a mindennapi aktivitás felméréseként vizsgált öt funkcióból legalább három tartósan, legalább 6 hónapon keresztül károsodott. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a Biztosító orvosa állapítja meg az önálló életvitelhez szükséges képességek (napi aktivitás) felméréseivel. A biztosítási esemény abban az esetben igazolt, ha a vizsgált funkciók közül legalább 3 képesség kiesése megállapítható. A vizsgált képességek a következők: táplálkozás, mosdás, öltözködés, helyváltoztatás és toalett használata.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **A gyógyszerek és a toxikus ártalmak okozta tünetcsoport.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegségnek a Biztosító orvosa által megállapított fennállása a biztosítási eseményben meghatározottak szerint.

J. Látás elvesztése

Jelen feltételek szerint a látás elvesztésének minősül az a mindkét szemet érintő, visszafordíthatatlan, baleset vagy betegség következtében kialakult teljes, szakorvos által megállapított vakság, mely sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontját követő 1 hónap eltelte.

K. Hallás elvesztése

Jelen feltételek szerint a hallás elvesztésének minősül az a betegség vagy baleset következtében kialakult, kétoldali, teljes és végleges hallás megszűnés, melyet szakorvosi vizsgálat igazol, és sem segédeszközzel, sem műtéttel nem korrigálható.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a megállapítást leíró szakorvosi vélemény kiállításának időpontját követő 1 hónap eltelte.

L. Beszédképesség elvesztése

Jelen feltételek szerint a beszédképesség elvesztésének minősül az érthető beszédképzés képességének teljes és maradandó elvesztése, melynek oka a gége visszafordíthatatlan károsodása vagy a beidegzést biztosító agyi beszédközpont betegség, daganat vagy sérülés miatti elváltozása. A beszédképesség elvesztésének legalább 6 hónapja fenn kell állnia és a kóros állapotot szakorvosnak kell megállapítania.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **A beszédképesség pszichiátriai okból történő elvesztése.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a kóros állapot kialakulását követő 6. hónap eltelte.

M. Végtag elvesztése

Jelen feltételek szerint végtag elvesztésének minősül kettő vagy több végtag sérülés vagy betegség miatti elvesztése legalább csukló vagy boka szintjében.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Az öncsonkítás következtében kialakult végtagvesztés.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a végtagok egyidejű elvesztésének időpontját követő 1 hónap eltelté.

N. Kóma

Jelen feltételek szerint kómának minősül az olyan eszméletvesztéssel járó állapot, amikor sem külső ingerekre, sem belső szükségletekre nem reagál a beteg, ez az állapota legalább 96 órán keresztül fennáll, és ebben az időszakban az életben maradás csak mesterséges lélegeztetéssel biztosítható. Emellett a kóma kezdetétől számítva legalább 30 napon át folyamatosan, tünetet eredményező idegrendszeri károsodás áll fenn, mely a Biztosító orvos-szakértőjének megítélése szerint maradandó jellegű.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **Az alkohol, gyógyszer vagy kábítószer okozta kóma, valamint a mesterségesen, orvosi eljárás keretében előidézett eszméletlen állapot.**

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a kóma kialakulását követő 30. nap eltelté.

O. Szívbillentyű csere, illetve helyreállítás

Jelen feltételek szerint szívbillentyű cserének, illetve helyreállításnak minősül a mellkas megnyitásával járó azon műtét, amely során a szív egy vagy több billentyűjének helyreállítására vagy cseréjére a szükséges vizsgálatok eredményei alapján, szakorvos által elrendelten kerül sor.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a műtét időpontját követő 1 hónap eltelté.

P. Motoros neuron betegség

Jelen feltételek szerint motoros neuron betegségnek minősül a neurológus szakorvos által megállapított amyotrophias lateralsclerosis (ALS), progressiv bulbaris paralysis, spinális izomatrofia és elsődleges lateralsclerosis (PLS), amikor a tartós neurológiai károsodás a mozgató működés igazolt érintettségével legalább 3 hónapja folyamatosan fennáll.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség diagnoszisének megállapítását követő 3. hónap eltelté.

Q. Szklerózis multiplex

Jelen feltételek szerint szklerózis multiplex-nek minősül a betegség diagnoszisének ideggyógyász szakorvos által történő felállítása, továbbá az alábbi feltételek teljesülése:

- a mozgató- vagy érző rendszert érintő, legalább 6 hónapja folyamatosan fennálló tünetekben megnyilvánuló idegrendszeri károsodás, illetve

- a diagnózist alátámasztó objektív neurológiai vizsgálati eredmények megléte (pl. gerincvelői folyadék vizsgálata, vizuális kiváltott válasz, hallási agytörzsi válasz és MRI vizsgálat).

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a betegség diagnózisának megállapítását követő 6. hónap eltelte.

R. Végtagbénulás

Jelen feltételek szerint végtagbénulásnak minősül legalább két végtag mozgásképességének betegség vagy baleset miatti, legalább 3 hónapja folyamatosan fennálló, teljes és végleges elvesztése. A mozgásképesség elvesztését, visszafordíthatatlan voltát idegyógyászati vizsgálatokra alapozva szakorvosnak kell megállapítania.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **A részleges bénulás, a „sokidegbetegség” (polineuropátia) következtében kialakult, vagy a vírusfertőzést követő átmeneti bénulás, a lelki ok miatt kialakult bénulás.**

A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a Biztosító orvosa állapítja meg.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a végtagok megbénulásának időpontját követő 3. hónap eltelte.

S. Harmad- vagy negyedfokú égés

Jelen feltételek szerint harmad- vagy negyedfokú égésnek minősül a testfelület legalább 20%-át érintő III. vagy IV. fokú égési sérülés, ahol az égés súlyosságát és kiterjedését szakorvos állapítja meg a szakma szabályai alapján.

Az égési sérülés súlyossági fokának besorolását, valamint a kiterjedtségének megállapítását a jelen szabályzat III. számú Melléklete tartalmazza.

A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja az égési sérülés bekövetkezésének orvos által igazolt időpontját követő 1 hónap eltelte.

T. Súlyos fejsérülés

Jelen feltételek szerint súlyos fejsérülésnek minősül az agyszövet károsodása következtében fellépő működési zavar, melyet neurológus szakorvos állapít meg a diagnózist egyértelműen igazoló valamely képző eljárás vizsgálati eredményével alátámasztva.

A fejsérülést kizárólag és közvetlenül baleset, erőszakos külső és látható behatás kell, hogy eredményezze. Az idegrendszeri károsodásnak hatással kell lennie a beteg napi aktivitási képességére. A betegség súlyosságát és a beteg aktuális állapotát minden esetben a Biztosító orvosa állapítja meg az önálló életvitelhez szükséges képességek (napi aktivitás) felmérésével. A biztosítási esemény abban az esetben igazolt, ha a vizsgált funkciók közül legalább három képesség kiesése megállapítható a maradandó idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 6. hét elteltével. A vizsgált képességek a következők: táplálkozás, mosdás, öltözködés, helyváltoztatás, és toalett használata.

Jelen feltétel szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **A gerincvelő sérülése, illetve a nem baleset következményeként kialakult agyi károsodás.**

A biztosítási esemény bekövetkezéne időpontja a maradandó idegrendszeri károsodást okozó esemény bekövetkezése utáni 6. hét eltelte.

4.1.21. Keresőképtelenség

Biztosítási esemény a biztosított olyan megbetegedése, sérülése, melynek következtében a biztosítás tartama alatt a biztosított saját jogon – az arra jogosult kórház, illetve orvos által igazoltan – a magyar társadalombiztosítási szabályokban foglaltak szerint Magyarországon, legalább a biztosítási kötvényen jelölt folyamatos tartamra – 20, 30 naptári nap – keresőképtelen állományba kerül.

Jelen modulban biztosított lehet az a 16–65 év közötti természetes személy, aki

- saját jogon táppénzre jogosult,
- saját jogon nem nyugdíjas.

Nem lehet biztosított az, aki saját jogon nem jogosult táppénzre.

Nem lehet biztosított, aki nem tesz eleget a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvényben meghatározott mértékű egészség-biztosítási járulékfizetési, vagy főállású kisadózóként a kisadózó vállalkozások tételes adófizetési kötelezettségének. A Biztosító jogosult a pénzbeli egészségbiztosítási járulék megfizetésének írásbeli igazolását kérni.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség első napja.

A Biztosító kockázatviselésének megszűnése után kezdődő keresőképtelenség nem minősül biztosítási eseménynek még akkor sem, ha az a kockázatviselés alatt bekövetkező baleset vagy kialakuló betegség következménye.

Nem minősül biztosítási eseménynek az olyan keresőképtelenségi állapot, amely állapot tartama alatt a biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat.

A Biztosító nem nyújt szolgáltatást abban az esetben, ha a táppénzen való tartózkodásra:

- munkabaleset
- üzemi úti baleset
- foglalkozási megbetegedés
- beteg gyermek ápolása
- terhesség-szülés miatti keresőképtelenség
- veszélyeztetett terhesség

miatt kerül sor.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, az adott keresőképtelenség-változathoz tartozó, a biztosítási esemény időpontjában aktuális biztosítási összeget fizeti ki.

A Biztosító a szolgáltatását a Biztosító orvosának véleménye alapján teljesíti. A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a biztosítottnak a Biztosító orvosa általi felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz, igazolásokhoz (különösen a keresőképtelenség elbírálására jogosult orvos és a felülvizsgáló főorvos igazolása) kötheti.

4.2. A baleset-, egészség- és a kockázati életbiztosításhoz kapcsolódó speciális mentesülési esetek

4.2.1. A Biztosító mentesül az élet-, egészség- és balesetbiztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény

- a kedvezményezett szándékos magatartása miatt, vagy
- a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekményével összefüggésben, vagy
- a biztosított öngyilkossága (életbiztosítás esetén a szerződéskötéstől számított 2 éven belüli öngyilkossága), öncsonkítása vagy annak kísérlete miatt, azzal összefüggésben (függetlenül attól, hogy azt a biztosított tudatzavarban követte el)

következett be.

4.2.2. Minden baleset- és egészségbiztosításhoz kapcsolódó mentesülési esetek

A 3.3.1., a 3.3.2. és a 4.2.1. pontokban meghatározott eseteken túl mentesül a Biztosító a balesetbiztosítási, illetve kárbiztosítás szabályai szerint kötött egészségbiztosítási eseményekre meghatározott szolgáltatások teljesítése alól, ha a bekövetkezett eseményt (balesetet, egészségkárosodást vagy betegséget) jogellenesen, a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.

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

- súlyosan ittas (legalább 2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával, vagy
- bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedésével, vagy
- nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban szedett altató-, nyugtatószert, illetve gyógyszer következtében áll be, vagy
- érvényes jogosítvány nélküli vagy 0,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő ittasság melletti gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be, és mindkét esetben más közlekedérendészeti szabályt is megsértett, vagy
- engedélyhez kötött tevékenységnek a biztosított általi engedély nélküli végzése miatt, vagy
- munkavégzése során a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.

A 4.1.14 tekintetében a 3.3.1. és 3.3.2. pontban meghatározott általános eseteken túl mentesül a Biztosító a szolgáltatások teljesítése alól a 4.2. és a 6.2. pontokban írt mentesülési esetekben is.

4.3. A baleset-, egészség- és a kockázati életbiztosításhoz kapcsolódó speciális kizárások

4.3.1. A 3.3.3. pontban írtakon felül a biztosításból kizárt:

- extrém sporttevékenység

Extrém sportnak minősül a társadalombiztosítási szerv által annak tekintett szabadidős tevékenység: vízisízés, jet-ski, vadvízi evezés, hegy- és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping), falmászás, roncsautó (auto-crash) sport, rally, hőlégballonozás, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés. A kizárások a kockázatviselés tartama alatti, de az ajánlattételt követően esetlegesen később extrém sportnak minősített sportokra is vonatkoznak (a mindenkor aktuális hivatalos besorolás szerint). Extrém sportnak minősülnek továbbá az alábbiak: wakeboard, wakekite, kite buggy, kite surf, motorversenyzés, egyéb autóversenyzés (nem roncsautó (auto-crash) sport és rally), enduro motorozás, autogyro (autogiró), siklóernyőzés, motoros siklóernyőzés, motoros szán, quad, sugárhajtású exoskeletonos repülés, szélcsatornás lebegés, légdeszka;

- a repülés közben bekövetkezett esemény, kivéve azok, amelyek a szervezett légi utasforgalomban utasként való részvétel során történtek;
- a HIV, hepatitis B vagy hepatitis C fertőzéssel közvetlenül vagy közvetve összefüggésben álló biztosítási események, valamint az országos vagy az egész világra kiterjedő járványok;
- a szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezés, sérülés, ideértve a drogok, kábítószeres által okozottak is.

4.3.2. Az életbiztosítási események vonatkozásában kizártak

- a biztosított veleszületett rendellenességeivel, illetve a születés körüli időszakban szerzett betegségekkel, állapotokkal, károsodásokkal összefüggő események;
- a biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a kockázatviselés kezdetét megelőzően már kialakult, maradó károsodásával, illetve korábban már sérült vagy károsodott, funkciójában korlátozott testrésszel összefüggő események;
- a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetekor már ismert (meglévő) betegségével, egészségkárosodásával, fogyatékoságával oksági összefüggésbe hozható események

feltéve, hogy a fenti pontok esetében a Biztosító a kockázat összegére tekintettel egészségi kockázatfelmérést nem végzett.

4.3.3. Foglalkozással és sporttevékenységgel kapcsolatos kizárások

Kizárt az a balesetbiztosítási esemény, amely közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll a biztosított által foglalkozásszerűen művelt, az alábbi listában szereplő foglalkozással: akrobata, állatkerti gondozó (ragadozó állatoknál), állatszeldítő, artista, atomenergia iparban dolgozók, békefenntartó, biztonsági őr, edző, határőr, hegyimentő, hírszerző, hivatásos katona, hivatásos sportoló, idegenlégiós, ipari alpinista, ipari bűvár, kaszkadőr, kommandós, nyomozó, pénzszállító, pilóta, pirotechnikus, rendőr, repülőoktató, repülőszemélyzet, testőr, tűzoltó, tűzszerész, vagonőr.

A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosítási esemény

- gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben, szervezett sportversenyen vagy ilyen versenyekre való felkészülés közben, illetve
- engedély nélkül rendezett sportversenyen vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be.

A Biztosító a fentiekben túl nem áll kockázatban a versenyző sportolóknak az igazolt sporttevékenységével összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre.

Versenyző sportolónak minősül, aki versenyengedéllyel és sportorvosi engedéllyel rendelkezik, valamint sportegyesületi tag.

5. ORVOSI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS MODULOK

5.1. Biztosítási események és szolgáltatások

5.1.1. 24 órás orvosi call center

Egészségügyi tanácsadó vonal az év minden napján, a nap 24 órájában folyamatosan működő telefonos szolgáltatás, amely egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos információkat nyújt a biztosított(ak)nak a következő témákban:

- gyógyszerek összetétele, alkalmazhatósága, mellékhatásai, helyettesíthetősége, ára,
- magyarországi orvosi-, gyermekorvosi-, fogorvosi ügyeletek elérhetősége,
- magyarországi ügyeletes gyógyszerárak elérhetősége,
- egyéb magyarországi egészségügyi intézmények elérhetősége.

A fenti szolgáltatások igénybevételéhez a biztosítottnak a telefonhívás során azonosító adatokat – biztosított neve, születési dátuma – kell megadnia, amelyek alapján a szolgáltatásszervező ellenőrzi az igénybevétel jogosultságát.

A 24 órás orvosi call center telefonszáma: (+36) 1-461-1517. A telefonszám normál díjszabással hívható.

A szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesítik a személyes orvosi vizsgálatot.

5.1.2. Második orvosi szakvélemény

A Biztosító kockázatviselésének kezdetét követően diagnosztizált, a biztosított kivizsgálással alátámasztott súlyos betegségéről egy független, nemzetközileg elismert, általában külföldi szakember szakvéleményének beszerzése, amely a rendelkezésre álló orvosi dokumentumok alapján készül el.

„Második orvosi szakvélemény” az alábbi, a kockázatviselés kezdetét követően diagnosztizált betegségek esetén kérhető:

- az életet fenyegető rákos (rosszindulatú daganatos) megbetegedés;
- szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást igénylő betegség;

- szervátültetés;
- neurológiai és idegsebészeti betegség;
- veleszületett betegség vagy rendellenesség;
- az idegrendszer degeneratív betegségei és sclerosis multiplex;
- veseelégtelenség következtében kialakult betegség, állapot;
- az életet fenyegető egyéb betegségek.

A biztosított(ak) a szolgáltatás iránti igényt hétköznap 8 és 20 óra között jelentheti(k) be a 24 órás orvosi call center egészségügyi tanácsadó vonalon (5.1.1. pont).

A „Második orvosi szakvélemény” szolgáltatás igénylésének feltételei:

- A biztosított a 24 órás orvosi call center telefonszámán bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét;
- A szolgáltató tájékoztatást ad a szolgáltatásról, és a biztosítottnak megküldi a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérdőívet és jogi nyilatkozatot;
- A biztosított kérdőív kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek szolgáltató részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybe vételét;
- A szolgáltató a biztosítottal egyeztetett formátumban és módon (e-mail, telefax, nyomtatott formában postai küldemény) megküldi a biztosított részére a szakvéleményt.

A „Második orvosi szakvélemény” szolgáltatás egyéb feltételei, körülményei:

- Elsődleges diagnózis megléte, amelyet egy Magyarországon működési engedéllyel rendelkező orvos a megfelelő vizsgálatok elvégzése, illetve elvégztetése után írásba foglaltan állított fel;
- A második szakvélemény készítője által elvárt orvosi dokumentumok rendelkezésre állása és rendelkezésre bocsátása;
- A szolgáltatásszervező által a biztosított részére postázott kérdőív, illetve jogi nyilatkozat kitöltése, aláírása;
- A jelen pont szerinti dokumentumoknak a szolgáltatásszervezőhöz történő eljuttatása;
- A szolgáltatás keretében készített szakvélemény célja kiegészítő információ nyújtása. Nem cél egy önálló orvosi diagnózis felállítása és terápiás döntés meghozatala, ehhez ugyanis személyes orvos-beteg találkozásra van szükség. Ennek megfelelően a szakvéleményben foglaltak felhasználásáért a Biztosító, illetve a szolgáltatást nyújtó megbízottja nem tartozik felelősséggel;
- A szakvélemény kiállítására az erre vonatkozó igény benyújtását követően kerülhet sor. A szolgáltatás nyújtásához a szolgáltató által szükségesnek ítélt dokumentumok beérkezésétől számított 15 munkanapon belül kap választ a biztosított;
- Az igény benyújtásának és a szolgáltatás keretében készült szakvéleménynek a nyelve – ellenkező megállapodás hiányában – magyar;
- A pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkal, orvosi jelentések megírásával, vizsgálatokkal kapcsolatos költséget és díjakat a biztosított fizeti;

- A második orvosi szakvélemény nem használható fel a biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges;
- A második orvosi vélemény tudományos vagy jogi bizonyítékként nem felhasználható.

Az Orvosi segítségnyújtás modulok esetén az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. egészségügyi szolgáltató partnere a Teladoc Hungary Kft.

5.2. Az orvosi segítségnyújtáshoz kapcsolódó speciális mentesülési esetek

Az 5.1. tekintetében a 3.3.1. és 3.3.2. pontban meghatározott általános eseteken túl mentesül a Biztosító a szolgáltatások teljesítése alól a 4.2.1. pontban írt mentesülési esetekben is.

5.3. Az orvosi segítségnyújtáshoz kapcsolódó speciális kizárások

Az 5.1. tekintetében a 3.3.3. pontban meghatározott általános kizárások érvényesek.

6. KÁRBIZTOSÍTÁSI MODULOK

6.1. Biztosítási események és szolgáltatások

6.1.1. Személyi okmányok, bankkártyák pótlása

Biztosítási esemény a biztosított Magyarország területén hatósági engedéllyel működő banknál vezetett lakossági folyószámlájához, hitelszámlájához kapcsolódó bank-, hitelkártyájának, valamint személyi okmányainak (személyi igazolvány, laccímkártya, vezetői engedély, útlevél) elvesztése, ellopása vagy egyéb, a biztosított akaratától független okból való megsemmisülése.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor megtéríti a kártya és személyi okmányok letiltásának és újra beszerzésének költségeit. A Biztosító a térítést kizárólag a biztosított nevére kiállított számla, banki-, okmányirodai igazolás ellenében teljesíti.

Jelen feltételek szerint nem minősül biztosítási eseménynek és nem téríti meg a Biztosító

- **a bank-, hitelkártya elvesztése, ellopása miatt fentiekben kívül bekövetkezett, a közvetlen letiltási, pótlási költségeken túlmenő károkat, felmerülő költségeket, illetve**
- **a személyi dokumentumok jogtalan használatából eredő károkat.**

6.1.2. Rablás

Biztosítási eseménynek minősül az eltulajdonítás, amikor a tettes

- a biztosított személyes használatú, magával vitt vagyontárgyának eltulajdonítása során a biztosított ellen erőszakot, élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmazott, vagy
- a biztosítottat a személyes használatú, magával vitt vagyontárgyak eltulajdonítása érdekében öntudatlan vagy védekezésre képtelen állapotba helyezte, vagy
- a biztosított eltulajdonított, személyes használatú magával vitt vagyontárgyának megtartása végett erőszakot, élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmazott.

Biztosítási eseménynek minősül továbbá a biztosított öntudatlan állapotban történő kifosztása, valamint a közvetlen testi fenyegetés nélküli rablás is, amennyiben a tettes a biztosított testén (nyakán, kezében, hátán, karján) lévő személyes használatú magával vitt vagyontárgyát váratlan, hirtelen cselekvéssel eltulajdonítja (lerántotta, letépte a biztosítotttól, vagy kitepte a kezéből).

Jelen feltételek szerint nem minősül biztosítási eseménynek a zsebeléssel, vagy „trükkös” lopásokkal (pl.: észrevétlenül kilopják a hátizsákból, táskából az értéket, kivágják a táskát stb.) okozott kár.

A biztosítás nem terjed ki a következő vagyontárgyakra: készpénz, valuta, bank- és hitelkártya, takaréketétkönyv, takaréklevél, értékpapír, valamint a pénzhelyettesítő eszközök és értékcikkek, nemesfém¹, drágakő vagy igazgyöngy felhasználásával készített tárgyak, okirat, kézirat, terv, dokumentáció, adathordozókon tárolt adatok, saját fejlesztésű számítógépes programok.

A károk rendezésének feltétele a rendőrségnél tett feljelentés.

A Biztosító szolgáltatása: megtéríti a Biztosító a biztosítási esemény időpontjában aktuális limit mértékéig a biztosított vagyontárgyakban a biztosítási esemény által okozott károk káridőponti, hazai javítással történő helyreállításának költségeit vagy valós újra beszerzési árát, de ezek egyike sem haladhatja meg a vagyontárgynak a káridőponti valós új értékét.

A károsodott vagyontárgyak új értéke megállapításának alapja:

- ha a termék a kár időpontjában hazai kereskedelemben kapható, az átlagos beszerzési ár;
- amennyiben a termék hazai kereskedelemben nem kapható, a hozzá tulajdonságaiban legközelebb álló termék átlagos beszerzési ára, az eltérések értékmodosító hatásának figyelembevételével.

Azoknál a vagyontárgyknál, amelyeknek avultsága a kár időpontjában meghaladta a 85%-ot, a térítés összege az avultság mértékével arányosan csökken. A kölcsönvett (bérelt, lízingelt, vagy egyébként a biztosított birtokában lévő), a biztosított személyes használatában lévő vagyontárgyak esetén a térítés káridőponti avult értéken történik, legfeljebb a biztosított felelősségének mértékéig. A szolgáltatás összegéből minden esetben levonásra kerül

- a felhasználható (hasznosítható) maradványok értéke,
- valamint az adóhatóságtól, illetve egyéb helyről visszaigényelhető

vagy egyéb okból már megtérült összeg.

6.2. Személyi okmányok, bankkártyák pótlása biztosításhoz és rablás biztosításhoz kapcsolódó speciális mentesülési esetek

A 3.3.1. és 3.3.2. pontban meghatározott általános eseteken túl mentesül a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosított (szerződő), vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója, illetőleg a biztosítottnak a vagyontárgy kezelésével megbízott alkalmazottja, vagy megbízottja

- a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta,

1. **Nemesfémek:** jelen feltételek szerint az aranyból, ezüstből, platinából (a továbbiakban: nemesfém), továbbá az e fémek más fémekkel való ötvözetiből készült ékszer, feltéve, hogy a nemesfém tartalma eléri a 10%-ot.

- kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségének szándékos, vagy súlyosan gondatlan megszegéséből, vagy azzal összefüggésben keletkezett a kár.

Amennyiben a kár bekövetkezésében a biztosítási eseményen kívül más károsító esemény vagy tényező is közrehatott, a Biztosító a kárt csak olyan mértékben téríti meg, amilyen mértékben az a biztosítási eseménnyel okozati összefüggésben áll.

6.3. Személyi okmányok, bankkártyák pótlása biztosításhoz és rablás biztosításhoz kapcsolódó speciális kizárások

A 3.3.3. pontban írtakon felül a szolgáltatás nem terjed ki:

- az előszereteti értékre;
- a gyűjteményhez, sorozathoz, garnitúrához, készlethez tartozó egyes darabok károsodása esetén a felsoroltak megcsonkulása, hiányos volta miatt bekövetkezett anyagi hátrányra;
- a kereskedelmi forgalom hiányosságából adódó károokra és többletköltségekre;
- elektronikus adatfeldolgozó berendezésen vagy adathordozó eszközön tárolt adatok, állományok törlése, elveszése, torzulása, tönkremenetele bármely ok által (pl. számítógépvírus, erős mágneses tér, hibás programozás, módosítás, kódolás, manipulálás stb.). Ez vonatkozik a szoftverekre is;
- az értékcsökkenésre;
- az elmaradt haszonra.

6.4. Megtérítési igény

Amennyiben a Biztosító a kárt vagy annak egy részét megtérítette, őt illetik meg mindazok a jogok, amelyek a biztosítottat a kárért felelős személlyel szemben megillették, kivéve, ha a károkozó a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó.

Ha a Biztosító nem térítette meg a teljes kárt és a Biztosító a károkozóval szemben keresetet indít, köteles erről a biztosítottat tájékoztatni, és a biztosított kérésére köteles a biztosított igényét is érvényesíteni.

A biztosított igényének érvényesítését a Biztosító a költségek előlegezésétől teheti függővé. A megtérült összegből elsőként a biztosított követelését kell kielégíteni.

6.5. A biztosított vagyontárgy megkerülése

Ha a biztosított vagyontárgy megkerül, a biztosított arra igényt tarthat; ebben az esetben a Biztosító által teljesített szolgáltatást köteles visszatéríteni.

7. ÁLTALÁNOS FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS MODUL

7.1. Biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása

A Biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási díj megfizetése ellenében a jelen feltételek szerint a szerződésben rögzített mértékig, mentesíti a biztosított(ak)at az olyan károk megtérítése alól, amelyeket a biztosított az Európai Unió területén a jelen feltételekben meghatározott

minőségben okozott, feltéve, hogy azokért, mint károkozó a magyar polgári jog szabályai szerint **szerződésen kívüli kártérítési felelősséggel tartozik.**

A jelen feltételekben nem rendezett kérdésekben a 2013. évi V. törvény, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

Jelen biztosítás feltételei alapján biztosítási eseménynek minősül és megtéríti a Biztosító azokat a szerződésen kívüli személysérüléses – beleértve a sérelmi díjként jogszerűen megállapított igényeket is – és, kizárólag az Európai Unió tagállamainak területén okozott és keletkezett tárgyrongálási károkat, amelyeket a biztosított, mint

- a) közúti balesetet előidéző gyalogos;
- b) kerékpár, rokkantjármű, kézi erővel működtetett szállítóeszköz használója;
- c) szervezett kereteken kívül hobbi- és sporttevékenységet végző;
- d) belátási képességgel nem rendelkező, vagy korlátozott belátási képességű személyek gondozója;
- e) háziállattartó

minőségében e szerződés hatálya alatt okozott, és a szerződés lejártát követően legkésőbb 30 napon belül be is jelentett, feltéve, hogy azokért a magyar polgári jog szabályai szerint szerződésen kívüli kártérítési felelősséggel tartozik. Nem állapítható meg az okozati összefüggés azzal a kárral kapcsolatban, amelyet a károkozó nem látott előre és nem is kellett előre látnia.

A háziállattartói minőségben gépjárműben okozott károkat a Biztosító kizárólag abban az esetben téríti, ha az állat és a gépjármű között közvetlen fizikai kapcsolat jött létre (harapás, rúgás, ütközés, stb.), és a kár ezzel közvetlen vagy az ebből kiinduló okozati és szükségszerű összefüggésben keletkezett, kivéve az olyan következményi károkat, amelyek nem mutatnak ésszerű, szerves összefüggést a káreseménnyel, és időben is távoliak.

Biztosítási esemény bejelentése: A biztosított a felelősségi kárigény tudomására jutástól számított 30 napon belül – a bejelentési kötelezettség megszegése esetére megállapított jogkövetkezmények mellett – köteles a Biztosítóknak írásban bejelenteni, ha vele szemben a szerződésben – a fentiekben – meghatározott minőségben okozott kárigényt közölnek, vagy ha olyan körülményről szerez tudomást, amely ilyen kárigényre adhat alapot. Minden esetben lehetővé kell tenni a Biztosító számára a biztosítási eseménnyel kapcsolatos körülmények vizsgálatát.

A Biztosító szolgáltatása:

- Felelősségbiztosítási szerződés alapján a biztosított követelheti, hogy a Biztosító a szerződésben megállapított módon és mértékben mentesítse őt olyan kár megtérítése, illetve sérelemdíj megfizetése alól, amelyre jogszabály értelmében köteles. A Biztosító a károkat – beleértve a sérelemdíjat is – biztosítási eseményenként a szerződésben megjelölt felső határig téríti meg.
- A Biztosító szolgáltatását a károsultnak teljesítheti, azonban a károsult – ha jogszabály eltérően nem rendelkezik – nem érvényesítheti kárigényét közvetlenül a Biztosítóval szemben. A biztosított akkor követelheti, hogy a Biztosító neki teljesítsen, ha a károsult követelését ő egyenlítette ki.
- Jelen biztosítás kiterjed az eljárási költségekre, ha e költségek a Biztosító útmutatásai alapján vagy előzetes jóváhagyásával merültek fel a biztosítási összeg keretein belül.

- **A Biztosító jelen szerződés alapján bejelentett kárigények esetén nem téríti a károkozó biztosított jogi képviselési költségeit és a kamatokat, ha ezek a kártérítési összeggel együtt a biztosítási összeget meghaladják.**
- Ha a biztosított a vele szemben támasztott kártérítési igények miatti felelősségét vagy összecszerű helytállási kötelezettsége mértékét nyilvánvalóan megalapozatlanul vitatja, a Biztosító jogosult a károsultnak teljesíteni. Az alaptalan tagadás többletköltségei a biztosítottat terhelik; ha azokat a Biztosító viselte, a biztosított azokat neki visszafizetni tartozik.
- A felelősségbiztosítás hatálya az Európai Unió tagállamainak területe, de a kártérítési felelősség és annak mértéke a magyar jog szabályai szerint kerül megállapításra.
- Amennyiben a biztosítási esemény kapcsán károsult(ak) járadékjogosulttá válik(nak), akkor a Biztosító által teljesítendő kifizetések összegébe az eseményenként meghatározott limitig a járadék tőkeértéke is beleszámítandó. A várható járadék-kifizetések tőkeértékének megállapításánál (tőkésítés) a Biztosító a járadékos várható halandóságát, az aktuális járadék nagyságát, a technikai kamatra vonatkozó előírásokat figyelembe véve jár el.
- Amennyiben a biztosított háziállata ütközéssel okoz kárt gépjárműben, a szolgáltatási igény bejelentéséhez szükséges állatorvosi igazolás arról, hogy a háziállat az ütközés következtében sérült vagy elpusztult.

7.2. A biztosítási esemény korlátozása, mentesülés, kizárások

A jelen feltételek szerint nem minősül biztosítási eseménynek és nem téríti meg a Biztosító azokat a károkat, amelyeket:

- a biztosítottak szándékosan okoztak;
- a biztosítottak egymásnak vagy hozzátartozóiknak okoztak;
- a biztosított, mint 12 éves kort betöltött személy okozott és gondozója kártérítési felelősséggel tartozik, ha a gondozott ellen szándékos cselekménye miatt szabálysértési, vagy büntetőeljárás indult és büntethetőséget kizáró ok áll fenn;
- a biztosítottak társadalombiztosítási jogviszonyt megalapozó kereső foglalkozásuk végzése során, illetve azzal összefüggésben okoztak;
- a biztosítottak motoros jármű² üzembentartójaként, használójaként okoztak;
- a biztosítottak vízi- és légi jármű, illetve gépi meghajtású sporteszközök használatával okoztak;
- a biztosítottak kötelező gépjármű felelősségbiztosítás hatálya alatt álló rokkantjármű használatával okoztak;
- a biztosítottak a környezet³ szennyezésével okoztak;

2. **Jármű** (a KRESZ meghatározása szerint): közúti szállító- vagy vontató eszköz, ideértve az önjáró vagy vontatott munkagépet is. A mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekes szék és a gépi meghajtású kerekes szék – ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkosci és a talicska – azonban nem minősül járműnek. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

3. **Környezetszennyezés:** 1995. évi LIII. Tv. (Kvt.) A környezet védelmének általános szabályairól szóló törvényben meghatározottak szerint

- a biztosítottak állati erő munkavégzésre való használata közben, vagy azzal összefüggésben okoztak;
- a biztosított állatai növényi kultúrákban okoztak.

Nem téríti meg a Biztosító azon vagyontárgyakban okozott tárgyrongálási károkat, melyek a káresemény időpontjában – bármely okból – a biztosított(ak) használatában, megőrzésében voltak, függetlenül attól, hogy a károk biztosítási eseménnyel összefüggésben következtek be.

Továbbá jelen felelősségbiztosítási szerződés alapján nem teljesíthetőek a biztosítási esemény által okozott tárgyrongálási károkkal összefüggő sérelemdíjak, illetve a károsodott vagyontárgy javítása/helyreállítása után fennmaradó esetleges értékcsökkenés.

7.3. Egyéb rendelkezések, visszkereset

- A károsult kártérítési igényének a biztosított által történt elismerése, teljesítése és az azzal kapcsolatos egyezsége a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha ahhoz a Biztosító előzetesen hozzájárult vagy azt utólag tudomásul vette.
- Nem hivatkozhat a Biztosító arra, hogy a károsult követelésének a biztosított által történt elismerése, teljesítése vagy az azzal kapcsolatos egyezsége vele szemben hatálytalan, ha a követelés nyilvánvalóan megalapozott.
- A biztosított bírósági elmarasztalása a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha a Biztosító a perben részt vett, képviseléről gondoskodott vagy ezekről lemondott.
- **A Biztosítót a biztosított súlyosan gondatlan magatartása nem mentesíti a károsulttal szemben, a Biztosító azonban a kifizetett kártérítési összeg megtérítését követelheti a kötvényben megjelölt szerződőtől és biztosítottól, ha a biztosított vagy megbízottja, vagy vele közös háztartásban élő hozzátartozója a kárt súlyosan gondatlanul okozta.**
- **Amennyiben a Biztosító a kárt vagy annak egy részét megtérítette, őt illetik meg mindazok a jogok, amelyek a biztosítottat a kárért felelős személlyel szemben megillették, kivéve, ha a károkozó a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozó.**

8. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTÉVEL, FENNÁLLTÁVAL, MÓDOSÍTÁSÁVAL, MEGÚJÍTÁSÁVAL ÉS MEGSZŪNÉSÉVEL KAPCSOLATOS RENDELKEZÉSEK

8.1. A biztosítási szerződés létrejötte, a kockázatviselés kezdete és a szerződés tartama, megújítása

- 8.1.1. A szerződő a biztosítási szerződés létrejöttét szóbeli vagy írásbeli ajánlattal kezdeményezi. A Biztosító jogosult az ajánlat alapján, az ajánlattétel időpontjától számított 15 napon belül – legalább egészségi nyilatkozat megtételét igénylő, egyedi egészségügyi kockázatfelmérés szükségessége esetén 60 napon belül – a biztosítási kockázatot elbírálni. A kockázatelbírálás eredményeként a Biztosító jogosult az ajánlatot elfogadni, visszautasítani, illetve módosító javaslatot tenni. Az ajánlattétel időpontja az ajánlat Biztosítóhoz való beérkezése, illetve a Biztosító képviselője által történt átvétele.

A Biztosító az ajánlat elbírálásához a szerződőnek és a biztosítottnak az ajánlati nyomtatványon feltett valamennyi kérdésre adott választ figyelembe veszi.

8.1.2. A szerződés létrejön, ha a szerződőnek – a jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában – a biztosítás tartalmára vonatkozóan, a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tett ajánlatára a Biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül – legalább egészségi nyilatkozat megtételét igénylő, egyedi egészségügyi kockázatfelmérés szükségessége esetén 60 napon belül – nem nyilatkozik. Az ajánlat hallgatólagos elfogadása esetén a szerződés az ajánlattétel napjára visszamenő hatállyal – az ajánlattal egyező tartalommal – a kockázatelbírálási idő elteltét követő napon jön létre.

8.1.3. Ha az így létrejött biztosítási szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen feltételektől, **a Biztosító a szerződőnek a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést e feltételeknek megfelelően módosítsák.** Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, úgy az elutasítástól, illetve a módosító javaslat kézhezvételétől számított **15 napon belül a Biztosító a szerződést a 30. npra írásban felmondhatja.**

8.1.4. Ha a Biztosító az ajánlatot a fentiekben meghatározott határidőn belül elutasítja, az ezen időszak alatt bekövetkezett biztosítási eseményekért helytállni nem tartozik, feltéve, hogy az egyedi kockázatelbírálás szükségességére a szerződő figyelmét felhívta. A biztosítási ajánlattételkor fizetett első biztosítási díjat az ajánlat elutasítása esetén a döntést követő 15 napon belül a Biztosító kamatmentesen visszafizeti. **A díj esetleges határidőn túli visszafizetése nem jelenti a Biztosító kockázatvállalását.** Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni. A kockázatviselés elbírálására nyitva álló határidő alatt a szerződőt 15 napos – legalább egészségi nyilatkozat megtételét igénylő, egyedi egészségügyi kockázatfelmérés szükségessége esetén 60 napon belül – ajánlati kötöttség terheli.

Amennyiben az ajánlatot a Biztosító teszi, úgy az ajánlati kötöttség a Biztosítót terheli.

8.1.5. A Biztosító a létrejött szerződésről a szerződő számára fedezetet **igazoló dokumentumot (továbbiakban: kötvény)** állít ki.

Ha a kötvény tartalma a szerződő ajánlatától eltér, és ezt az eltérést a szerződő a kötvény kézhezvételét követő 15 napon belül nem kifogásolja, úgy a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ezt a rendelkezést lényeges eltérésekre csak akkor lehet alkalmazni, ha a Biztosító az eltérésre a szerződő figyelmét a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

Biztosítási szerződés kivételesen létrejöhet a Biztosító saját maga által rendszeresített és cégszerűen aláírt ajánlata alapján is, ha azt a megkeresett, továbbiakban szerződőnek tekinthető személy részére a Biztosító a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatással együtt, a díjszabásnak megfelelően teszi meg, és arra a szerződő az ajánlaton megadott ajánlatához kötöttséget közlő határidőn belül írásban vagy szóban elfogadó választ ad.

8.1.6. A kockázatviselés kezdete: A szerződés alapján a Biztosító kockázatviselése a szerződésben megjelölt dátum 0. órája. Ha ilyen időpont nincs, akkor a kockázatviselés az első díj beérkezését követő napon kezdődik, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy később létrejön.

8.1.7. A szerződés a felek eltérő rendelkezése hiányában határozott, egy biztosítási éves tartamú, amelyet minden évben további egy évre a felek megújíthatnak. A szerződés automatikusan meghosszabbodik a következő biztosítási évre, kivéve, ha a szerződő vagy a Biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a biztosítást megújítani.

8.2. Díjváltozás, értékkövetés, a szerződés módosítása

8.2.1. Életkor miatti díjváltozás

8.2.1.1. **A Biztosító a következő biztosítási évekre vonatkozó díjak megállapításakor** figyelembe veszi a biztosított következő biztosítási évben aktuális életkorát, **ezzel jogosult a biztosítási díjat megemelni**, figyelemmel az életkortól függő egyes modulokra is a Függelékben részletezettek szerint.

8.2.1.2. **A biztosítási szerződésnek a biztosított aktuális életkorából eredő díjmódosulása a szerződő által nem utasítható vissza.**

8.2.1.3. Amennyiben a szerződő az életkor miatti díjváltozást nem fogadja el, úgy a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően lehetősége van írásban jelezni, hogy nem kívánja a biztosítást a következő biztosítási évre megújítani.

8.2.2. Értékkövetés

8.2.2.1. Értékkövetés a biztosítási összegnek és a biztosítási díjnak – a kárgyakoriságtól függetlenül – az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása. A szerződő minden évben, a szerződés évfordulóján a biztosítási modulok biztosítási összegeit és díjait arányosan növelheti (indexálhatja) a Biztosító által ajánlott mértékben.

8.2.2.2. **A Biztosító által ajánlott értékkövetés (index) mértéke a Központi Statisztikai Hivatal által megállapított, a tárgyévet megelőző naptári évre vonatkozó éves fogyasztói árinдекс, amelytől a Biztosító 5 százalékponttal eltérhet.** Az így meghatározott index az adott év június hó 1. és a rákövetkező év május hó 31. közötti évfordulóú szerződésekre kerül alkalmazásra.

8.2.2.3. A Biztosítónak jogában áll a teljes szerződést vagy csak az egyes modulokat, akár eltérő mértékben indexálni.

8.2.2.4. A Biztosító által ajánlott index szerződő általi elfogadása nem kötelező.

8.2.2.5. Amennyiben a biztosítás díjának fizetése csekken történik, a Biztosító jogosult a csekkes díjfizetési mód választása miatti díj (8.8.3. pont) összegét az ajánlott értékkövetés (index) mértékétől függetlenül, a csekkes díjbeszedési költségek változása miatt egyoldalúan módosítani. A csekkes díjfizetés választása miatti díj módosításának mértékéről a Biztosító köteles tájékoztatni a szerződőt a 8.2.3. pontban foglaltak szerint. Ha a szerződő a csekkes díjfizetés választása miatti díj növelését nem fogadja el, akkor lehetősége van a díjfizetési mód megváltoztatására a biztosítás évfordulóján a 8.8.4. pont rendelkezései szerint.

8.2.3. Biztosítási évfordulót követő biztosítási díj

8.2.3.1. A biztosított aktuális életkora miatti díjváltozásról (8.2.1.), az ajánlott index mértékéről, a biztosítási összegek módosításáról (8.2.2.), az egyéb díjmódosításról, így a szerződés új díjáról a Biztosító legkésőbb 60 nappal a biztosítási év vége előtt, írásban értesíti a szerződőt.

8.2.3.2. Ha a szerződő a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően a Biztosító indexálásra vonatkozó javaslatát írásban nem utasítja vissza, akkor azt a Biztosító a szerződő által elfogadottnak tekinti. Az évfordulót követően a szerződő a módosított, érvényes és esedékes díjat tartozik fizetni. A visszautasítás bejelentése a szerződés értékkövetés nélküli fennmaradását eredményezi, a biztosított aktuális életkora alapján számolt (8.2.1.) következő évi díjon.

8.2.3.3. Az értékkövetés elfogadása esetén a módosított biztosítási összegeket és díjakat a Biztosító a következők szerint állapítja meg:

Az előző biztosítási évre vonatkozó biztosítási összeg és az ajánlott index szorzatával megnöveli az előző biztosítási évre vonatkozó biztosítási összegeket. Ezzel egyidejűleg a biztosított aktuális életkora alapján számolt (8.2.1.) következő évi biztosítási díjakat is megnöveli az index és az előző biztosítási évre vonatkozó díj szorzatával.

8.2.3.4. Az értékkövetés elutasítása esetén a biztosítás következő évi díja a biztosított aktuális életkora alapján számolt (8.2.1.) díjjal egyezik meg.

8.2.4. Biztosítottak módosítása

A szerződőnek joga van a biztosítási szerződés tartama alatt, a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal, írásban, új társbiztosítottat megjelölni, illetve meglévő társbiztosított biztosítottként való megjelölését visszavonni. Az új társbiztosított esetében a jelen feltételeknek a szerződés létrejöttére vonatkozó szabályait kell alkalmazni.

Amennyiben a Biztosító a biztosított módosítására vonatkozó igényt elfogadta a fentiek szerint, akkor társbiztosított felvétele esetén a Biztosító kockázatviselése kiterjed, társbiztosított visszavonása esetén a Biztosító kockázatviselése megszűnik az adott társbiztosítottra a felvétellel, illetve a visszavonásra vonatkozó bejelentés beérkezését követő biztosítási év első napjának 0. órájától.

8.3. A szerződés és a kockázatviselés megszűnése

8.3.1. **A biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése az alábbi esetek bármelyikének következtében megszűnik:**

- a 8.1.7. pontban írt automatikus meghosszabbodás hiányában lejáratlalt (lejárat esetén a további díjfizetés a szerződés tartamát nem hosszabbítja meg, a túlfizetés a szerződőnek visszajár);
- díjfizetés elmaradása esetén, a 8.8.6. pontban meghatározottak figyelembe vételével;
- ha a főbiztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonja, és a szerződő hozzájárulásával a szerződésbe szerződőként sem lép be, az adott biztosítási időszak végével;
- a főbiztosított 75. életévének betöltését követően az adott biztosítási időszak végével;
- **ha az életbiztosítási modul tartalmazó szerződést a biztosítást fogyasztóként megkötő természetes személy szerződő a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül küldött írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondja.**

A Biztosító ebben az esetben a szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követő 30 napon belül köteles a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. A befizetések elszámolásakor a Biztosító levonásokat nem érvényesít. Ekkor a szerződés visszamenőlegesen megszűnik. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról;

- a főbiztosított halálával;
- a szerződő és a Biztosító közös megegyezésével.

8.3.2. **A Biztosító kockázatviselése az alábbiakban felsorolt esetekben az adott modulra megszűnik az adott biztosított vonatkozásában:**

- a balesetből eredő rokkantságra (1–100% vagy 20–100% vagy 50–100% közötti mértékben, 4.1.3. pont), illetve közlekedési baleseti rokkantságra (4.1.4. pont) szóló modulra, ha a biztosított vonatkozásában a tartamon belül bejelentett balesetből eredő egészségkárosodások összesített értéke eléri a 100%-ot;
- a rokkantság modulra (4.1.17. pont) adott biztosítottra biztosítási esemény bekövetkezése esetén, valamint a biztosított saját jogon történő nyugdíjazásának időpontjával (kivéve a karkedvezményes nyugdíjazást);
- a kritikus betegségekre szóló modulra (4.1.20. pont) adott biztosítottra biztosítási esemény bekövetkezése esetén;
- azon modulok tekintetében, amelyekben a biztosított eléri a modulra meghatározott maximális életkort, automatikusan az adott biztosítási időszak végével, ez független a szerződés fenntartására vonatkozó bármilyen más nyilatkozattól.

8.3.3. **Társbiztosítottat is tartalmazó szerződés esetén a Biztosító kockázatviselése adott társbiztosított vonatkozásában megszűnik:**

- a társbiztosított halálával;
- a társbiztosított 75. életévének betöltését követően az adott biztosítási időszak végével automatikusan;
- ha a szerződő a társbiztosított kiléptetésére vonatkozóan írásbeli nyilatkozatot tesz, amely a Biztosítóhoz legkésőbb 30 nappal a biztosítási évforduló előtt beérkezik, az adott biztosítási időszak végével;
- ha a társbiztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonja, az adott biztosítási időszak végével;
- a Biztosító és a szerződő közös megegyezésével.

8.3.4. **Biztosítási esemény bekövetkezése miatti, főbiztosítottat ért biztosítási esemény esetén a szerződés megszűnése, társbiztosítottat ért biztosítási esemény esetén a rá vonatkozó kockázatviselés megszűnése esetén a Biztosítót a teljes biztosítási időszakra megilleti a díj. A biztosítás egyéb okból való megszűnése, vagy a következő időszakra történt díjfizetés esetén a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor a kockázatviselése véget ért. A Biztosító – a megszűnést, illetve annak tudomására jutását követő 30 napon belül – mindazon díj visszafizetésére köteles, amely a jelen pont szerint nem illeti meg. A díj visszafizetésének elmulasztása a kockázatviselést nem hosszabbítja meg.**

8.4. A szerződés területi hatálya

A kockázatviselés területi hatálya az egész világ, **kivéve**

- a felelősségbiztosítást (7. pont), amelynek a területi hatálya az Európai Unió tagállamaiban okozott és bekövetkezett károkra terjed ki,
- a rablás biztosítást (6.1.2. pont), amelynek a területi hatálya az Európai Unió,
- a keresőképtelenség modul (4.1.21.), amelynek a területi hatálya Magyarország, valamint
- az egyéb egészségbiztosítási modulokat (4.1.17., 4.1.18., 4.1.19., 4.1.20), amelyek területi hatálya az Európai Unió.

8.5. Várakozási idő

8.5.1. Az alábbi biztosítási események, modulok vonatkozásában **6 havi várakozási idő áll fenn:**

- Bármely okú halál (4.1.15. pont);
- Rokkantság (4.1.17. pont);
- Kórházi ápolás (4.1.18. pont);
- Műtét (4.1.19. pont);
- Kritikus betegségek (4.1.20. pont);
- Keresőképtelenség (4.1.21. pont)

8.5.2. A személyi okmányok, bankkártya pótlása biztosítási esemény (6.1.1. pont) tekintetében **30 napos várakozási idő áll fenn.**

8.5.3. A várakozási idő kezdőnapja az ajánlattétel napja.

Ha a 8.5.1., 8.5.2. pontban említett biztosítási események várakozási időn belül következnek be, a Biztosító nem köteles a szolgáltatás fizetésére.

Halálesi (4.1.15. pont) biztosítási esemény várakozási időn belüli bekövetkezése esetén a Biztosító a befizetett biztosítási díjakat költségei levonása után visszafizeti, és ezzel a biztosítás megszűnik.

A 8.5.1. pontban említett bármely biztosítási esemény biztosítási összegének valamely okból történő megemlése esetén a 6 hónapos várakozási idő fennáll a megemelkedett és az azt megelőző biztosítási összeg különbözetére. A várakozási idő kezdőnapja adott biztosítási eseményre ebben az esetben a megemelkedett biztosítási összeg hatályba lépésének napja.

A 8.5.1. pontban említett modulokra vonatkozó 6 havi várakozási időtől eltekint, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés tartama alatt balesettel (2.14. pont) összefüggésben következett be.

8.6. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

8.6.1. A szerződő és a biztosított a szerződéskötéskor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a szerződő és a biztosított

a közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna. A közlési kötelezettség a Biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló **szerződésmódosításkor** is terheli a biztosítottat és a szerződőt. A szerződő és a biztosított felelőssége a közlési kötelezettség teljesítése vonatkozásában egyetemleges.

8.6.2. **A szerződő és a biztosított a változás bekövetkezésétől számított 8 napon belül köteles a Biztosítóknak írásban bejelenteni a lényeges körülmények változását, így különösen, de nem kizárólagosan a személyi adatainak (pl.: név, lakcím) a megváltozását.**

8.6.3. **A szerződő köteles saját vagy a biztosított – jelölés esetén a kedvezményezett – megadott lakcímének, levelezési címének, székhelyének, bejelentett e-mail címének, SMS üzenet fogadására alkalmas telefonszámának, valamint a szerződésre a Biztosító bármely rendszerén keresztül megadott/rögzített értesítési címnek a szerződés tartama alatt bekövetkezett változását a Biztosítóknak 5 munkanapon belül bejelenteni.** A Biztosító az általa ismert utolsó lakcímré, levelezési címre, székhelyre, e-mail címre, telefonszámra, valamint értesítési címre mindaddig joghatályosan küldhet nyilatkozatot, vagy értesítést (beleértve az e-mailben küldött, a biztosítási szerződéssel, illetve a szerződés megkötésével, kezelésével, módosításával, esetleges megszüntetésével, szolgáltatási igénnyel kapcsolatos tájékoztatót, nyilatkozatot, dokumentumot, ideértve az értékkövetésről szóló értesítőt és a számlát is), amíg a lakcímré, levelezési címre, székhelyre, e-mail címre, telefonszámra vagy értesítési címre vonatkozó változásbejelentés nem érkezett be a Biztosítóhoz.

A téves kifizetésből fakadó károk – amennyiben a változásbejelentés elmaradása miatt következett be – az ügyfelet terheli.

Ha a szerződő az elérési címeket, lehetőségeket a Biztosító kérésére nem adja meg, vagy megadja, de annak változását elmulasztja bejelenteni, akkor **az esetlegesen szükségessé váló azonosítás költsége a szerződőt terheli, amelyet a Biztosító a szolgáltatási összegekből jogosult levonni. A címzett mulasztása miatt meghiúsult kézbesítés következményei nem a Biztosítót terheli.**

8.6.4. **A szerződő, a biztosított és a kedvezményezett felhatalmazást adnak a Biztosítóknak a közölt adatok ellenőrzésére.**

A biztosított a biztosítási ajánlat aláírásával felhatalmazza kezelőorvosait, az őt kezelő és vizsgáló kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a Biztosított egészségi állapotára és egészségbiztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a Biztosítóknak, a Biztosító kérésére átadják. Ha a szerződő/biztosított a biztosítási szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási és más hatósági, igazgatási szerveket nem menti fel, de a szerződés létrejött, úgy a Biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

8.6.5. Amennyiben a Biztosító az életkor vagy más kockázati tényező helytelen bevallása miatt a szerződésre a valós kockázati biztosítási díjnál alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral, illetve

kockázati tényezőkkel a feltételek szerint létrejöhetett volna, úgy a Biztosító a tudomására jutástól számított 15 napon belül a biztosítási összegnek arra az összegre történő leszállítására, illetve a díj olyan emelésére tesz írásban javaslatot, amely a biztosítás megkötésének időpontjában a biztosított tényleges életkora, illetve kockázati tényezői mellett megfelelt volna. Erre a módosításra a szerződés létrejöttétől számított első 5 évben van lehetőség. Amennyiben a szerződő a módosítási javaslatot nem fogadja el, úgy a szerződés a 30. npra megszűnik, feltéve, hogy erre a Biztosító a szerződő figyelmét felhívta. A szerződő által elfogadott módosított díj a közlést követő hónap 1-jétől illeti meg a Biztosítót.

- 8.6.6. Ha a díj a helytelen korbevallás folytán magasabb összegben nyert megállapítást, de a szerződés a valós életkorral a szerződés feltételei szerint létrejöhetett volna, úgy a Biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti. Ha a biztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, a szerződés érvénytelen, kivéve, ha a Biztosító ehhez kifejezetten hozzájárult.
- 8.6.7. Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomására jutástól számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalja – a szerződést a 30. npra írásban felmondhatja. Erre a módosításra, illetve felmondásra a Biztosítónak a szerződéskötéstől vagy a lényeges körülmény változására vonatkozóan elmulasztott bejelentés megtételének kötelező időpontjától számítva 5 éven belül van lehetősége az életbiztosítási szolgáltatások tekintetében. Baleset- és kárbiztosításnál a tudomásra jutástól számított 15 napon belül a teljes tartam alatt mód van a szerződés Biztosító általi módosítására, illetve felmondására.
- 8.6.8. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, úgy a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, feltéve, hogy erre a következményre a Biztosító a szerződőt a módosító javaslat megtételekor figyelmezteti. A szerződő által elfogadott módosított díj a közlést követő hónap 1-jétől illeti meg a Biztosítót.
- 8.6.9. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős növekedése, illetve a közlési vagy változás-bejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító az előzőekben meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja, de a kockázatvállalásra tekintettel írásban módosító javaslatot tehet.

8.7. Kármegelőzés, kárenyhítés

A szerződőt és a biztosítottakat a kárbiztosítási (4.1.14., 5., 6., 7. pontokban részletezett) szolgáltatások vonatkozásában kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség terheli. A szerződő fél és a biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ezt az elvárhatósági követelményt kell támasztani abban az esetben is, ha a szerződés szabályozza a szerződő fél és a biztosított kármegelőzési teendőit, előírja a kár megelőzését vagy enyhítését célzó eszközöket, eljárásokat, szakképzettségi követelményeket.

A szerződő fél és a biztosított a Biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a Biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre.

8.8. A biztosítási díj, díjfizetés, a díjfizetés elmulasztásának következményei

- 8.8.1. A szerződéskötéskor érvényes kezdeti díjat a Biztosító a biztosított(ak) életkorának és a választott biztosítási szolgáltatások biztosítási összegeinek figyelembevételével a díjszabás szerint (összevontan) állapítja meg. A biztosítási szolgáltatások díja a biztosítási ajánlaton, illetve kötvényen kerül meghatározásra.
- 8.8.2. A biztosítási díj lehet egyszeri vagy folyamatos. Egyszeri díjfizetés esetén a biztosítás díja a szerződés létrejöttékor esedékes. Folyamatos díjfizetés esetén a biztosítás gyakoriság szerinti első díja a szerződés létrejöttékor (vagy ettől eltérő megállapodás esetén a felek által meghatározott időpontban), minden későbbi díj pedig előre, annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- 8.8.3. A díj fizetésének gyakorisága lehet havi, negyedéves, féléves vagy éves, a díj fizethető csekken vagy banki átutalással (egyeti átutalás, rendszeres bankkártyás díjfizetés vagy csoportos beszedés). **Csekken történő díjfizetés esetén havi díjfizetési gyakoriság nem választható. A csekkes díjfizetési mód választása miatt a Biztosító díjat számít fel, amelynek mértékéről köteles tájékoztatni a szerződőt az ajánlattételkor. A csekkes díjfizetés választása miatt felszámított díj a biztosítás gyakoriság szerinti – esetleges kedvezményekkel megállapított – díját növeli.**
- 8.8.4. A szerződő a díjfizetés gyakoriságát és módját a szerződéskötéskor választja meg, amely alapján a gyakoriság szerinti díj megállapításra kerül. A biztosítás évfordulóján a szerződőnek lehetősége van a díjfizetési gyakoriság, illetve a díjfizetési mód megváltoztatására. Erről a szándékáról írásban, a biztosítási évfordulót 30 nappal megelőzően értesítenie kell a Biztosítót.
- 8.8.5. A szerződő által fizetett biztosítási díj abban az időpontban válik befizetetté, és azzal az időponttal kerül jóváírásra, amikor az a Biztosító számlájára azonosíthatóan beérkezett. Ha a szerződő a díjat a Biztosító képviselőjének fizette, a díj legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a Biztosító számlájára beérkezettnek tekintendő, de a szerződő igazolhatja, hogy a díj előbb érkezett be.
- 8.8.6. **Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – felszólítást küld, amelyben legalább 30 napos póthatáridőt tűz ki a teljesítésre. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenőleges hatállyal, maradékjog nélkül megszűnik.**
- 8.8.7. Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a Biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn a szerződésben megjelölt összes biztosított vonatkozásában.
- 8.8.8. **Reaktiválás: Ha a szerződés a 8.8.6. pontban írt módon, a folytatólagos díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a szerződő fél a megszűnés napjától számított százhusz napon belül írásban kérheti a Biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A Biztosító a reaktiválási kérelmet nem köteles elfogadni, továbbá a reaktiválási kérelem elfogadását a korábban esedékessé vált díjak megfizetésétől teheti függővé. A Biztosító a díjak megfizetése után a biztosítási fedezetet a megszűnt szerződés feltételei szerint állítja helyre.**

8.8.9. Az esedékes biztosítási díj elmaradását követő kárkifizetés esetén az aktuális díjhátralékot a Biztosító a szolgáltatási összegből – a szerződő és a jogosult tájékoztatása mellett – levonhatja.

9. ELÉVÜLÉS

A biztosítási szerződésből eredő igények elévülési ideje 2 év.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a Biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő naptól,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén, amennyiben a Biztosító által igényelt irat beérkezése, vagy információszolgáltatás elmarad, a Biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő naptól,
- a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- minden egyéb igény esetén az igénybejelentést követő naptól.

10. VEGYES RENDELKEZÉSEK

10.1. A jelen feltételek alapján kötött biztosítási szerződések fogyasztói szerződésnek minősülnek.

10.2. Jelen biztosításnál maradékjogok nem keletkeznek, így a biztosítási szerződés nem rendelkezik visszavásárlási összeggel, nem keletkezik többlethozam és nincs lehetőség díjmentes leszállításra. A jelen biztosításra kötvénykölcsön nem igényelhető.

10.3. A felek közötti jogvitára a magyar bíróságok rendelkeznek joghatósággal.

10.4. A szerződés nyelve magyar. A szerződő kérésére a Biztosító vállalhatja, írásbeli vállalása esetén pedig köteles idegen nyelven elkészíteni és átadni a szükséges okiratokat, de az iratok magyar nyelvű szövege tekintendő hitelesnek.

10.5. A biztosítási szerződéshez kapcsolódó minden biztosítási díj, költség, illetve kockázati díj, szolgáltatási összeg (illetve további összegekre meghatározott mennyiség) főszabály szerint forintban, illetve a mindenkor magyar hivatalos fizetőeszközben értendő és teljesítendő.

10.6. A felek, így a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett a következő módon teheti meg a szerződés módosításával kapcsolatos, illetve a feltételekben meghatározott egyéb nyilatkozatait a Biztosító felé: személyesen írásban megerősítve, postai levélben, faxon, Online Ügyfélszolgálaton, kivételes előre meghatározott esetekben telefonon. Ezeken túl minden olyan formában, amelynél lehetőség van a biztonságos beazonosításra, a tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyének és a nyilatkozattétel időpontjának azonosítására, kivéve, ha a szerződéses megállapodás valamely nyilatkozatra különös formát ír elő. A Biztosító a honlapján keresztül, valamint az éves értesítőiben tájékoztatja a szerződőt azon nyilatkozattételi csatornákról, amelyek a technika mindenkor állása szerint biztonságosak, és amelyeket a felek jogosultak igénybe venni.

- 10.7. A jelen feltételekben szereplő, a Biztosítót terhelő, írásbeli közlések esetében írásbelinek minősül a fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott, elektronikus úton küldött irat is, valamint minden olyan módszer, amelyet magyar jogszabály aktuálisan írásbelinek minősít.
- 10.8. A szerződő magyarországi kézbesítési megbízottat nevezhet meg, amennyiben 1 hónapnál hosszabb időre lakcíméről eltavozik, vagy levelezési címén a küldeményeket nem tudja átvenni. Ennek hiányában a Biztosító az általa ismert utolsó címére (levelezési címére) joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
- 10.9. A fogyasztók igényeinek érvényesíthetősége érdekében a Biztosító a szerződés megszűnését követően 20 évig őrzi az életbiztosítással kapcsolatos adatokat.

10.10. Módosítás a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltozása esetén

- 10.10.1. Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a Biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő hatvan napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.
- 10.10.2. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított harminc napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul.
- 10.10.3. A Biztosító az előző bekezdésben meghatározott javaslatban tájékoztatja a szerződő felet a szerződést vagy az általános szerződési feltételeket érintő változásokról.
- 10.10.4. A módosító javaslat szerződő általi elutasítása nem ad alapot a szerződés biztosító általi felmondására.
- 10.11. A Biztosító függő közvetítője a kötelezően bemutatandó megbízása alapján jogosult biztosítási díj átvételére.
A szerződő által megbízott független közvetítő a köztük fennálló megbízás alapján jogosult biztosítási díj átvételére.
- 10.12. Amennyiben a szerződő a díjat – díjátvételre Biztosítói meghatalmazással rendelkező – többes ügynöknek fizette, a díjat – legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon – a Biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezettnek kell tekinteni; a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

FÜGGELÉK

Balesetből eredő rokkantság 1–100% közötti mértékre térítõ változata (4.1.3.1.) és Közlekedési balesetből eredő rokkantság (4.1.4.) esetén

1–9% közötti baleseti rokkantság biztosítási összege	50.000 Ft
--	-----------

Bármely okú halál (kockázati életbiztosítás) kizárólag a főbiztosítottra vagy minden biztosítottra modul (4.1.15.) esetén

Szülői életbiztosítás biztosítási összege	1.000.000 Ft
---	--------------

A biztosított életkorától függő modulok

	Életkor
Elmaradt tanulmányok pótlása	6–25 év
Baleseti keresőképtelenség	18–65 év
Rokkantság (70%-ot elérő mértékű egészségkárosodás) Kórházi ápolás Műtét Kritikus betegségek Keresőképtelenség	16–65 év
Általános felelősségbiztosítás	1–75 év (a biztosítási díj 0 Ft a biztosított 1–9 éves kora között)
Minden egyéb modul esetén	1–75 év

MELLÉKLETEK

I. számú Melléklet

Adatvédelmi és fogyasztóvédelmi általános ügyféltájékoztató, amely az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-vel kötött biztosítási szerződések elválaszthatatlan részét képezi

Érvényes: 2023. szeptember 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. vonatkozó biztosítási szabályzatai részletes tájékoztatást adnak a biztosítási szerződés részletes jellemzőiről, a feleket az adott szerződés szabályai szerint megillető jogokról és kötelezettségekről, továbbá – amennyiben a kiválasztott biztosítás szempontjából jelentőséggel bírnak – az egyes befektetési kockázatokról. **A szerződő minden esetben lehetőséget kap arra, hogy alaposan áttanulmányozza a biztosítás általános, különös – és szükség szerint kiegészítő – feltételeit, valamint életbiztosítás esetén a terméktájékoztatót, a szolgáltatások várható adatait, és ezek ismeretében kösse meg biztosítási szerződését.**

1. A BIZTOSÍTÓ ADATAI

1.1. Neve: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

A társaságot a Fővárosi Törvényszék, mint Cégbíróság a 01-10-0401365 szám alatt tartja nyilván.

Adószám: 10389395-4-44

A társaság székhelye: 1091 Budapest, Üllői út 1.

1.2. Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank

1.3. **Ügyfélszolgálat:**

Személyesen: valamennyi, a Biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben (Központi Ügyfélszolgálati Iroda, Értékesítési pontok), azok nyitvatartási idejében.

Telefonon: a (+36) 1-477-4800 telefonszámon. (Magyarországról és külföldről is hívható telefonszámon nyitvatartási időben, munkatársaink csütörtökön 7.00 és 19.00 óra között, a hét többi munkanapján 8.00 és 16.00 óra között fogadják hívását.)

Az irodák címe, és nyitvatartási valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje a <https://www.alfa.hu/ugyintezes/elerhetosegek.html> linken található.

1.4. A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés kötelező tartalma a Biztosító honlapján (www.alfa.hu) először 2017-ben tekinthető meg a 2016-os évre vonatkozóan.

2. PANASZKEZELÉS

A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviselői szervek (a továbbiakban együtt e pont alkalmazásában: ügyfél) a Biztosító, a megbízásából eljáró ügynök, vagy – adott termék kapcsán – az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban vagy írásban az alábbiakban foglaltak szerint közölhesse.

A Panaszkezelési szabályzatot és a panaszbejelentéshez kapcsolódó nyomtatványainkat itt találja: <https://www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html#nyomtatványok>

2.1. Szóbeli panasz személyesen vagy telefonon tehető:

- **Személyesen:** valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben

- **Központi Ügyfélszolgálati Iroda**

Székhely: 1091 Budapest Üllői út 1.

Levelezési cím: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Panasz és kiemelt ügykezelési csoport
9401 Sopron, Pf. 22

Nyitvatartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00

- **Értékesítési pontok**

Cím lista: <https://www.alfa.hu/ugyintezes/ertekezesi-pontok.html>, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

- **Telefonon:** (+36) 1-477-4800, külföldről is hívható telefonszámon, csütörtökön 7.00 és 19.00 óra között, a hét többi munkanapján 8.00 és 16.00 óra között.

A Biztosító az ügyfél telefonon történő panaszbejelentése esetében az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadás és ügyintézés biztosítására törekszik. Ennek keretében a hívás sikeres felépülésének időpontjától számított 5 (öt) percen belüli élőhangos bejelentkezés érdekében úgy jár el, ahogy az az adott helyzetben a Biztosítótól elvárható.

2.2. Írásbeli panasz az alábbi csatornákon tehető:

- **Személyesen:** vagy más által, az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;

- **Központi Ügyfélszolgálati Iroda**

Székhely: 1091 Budapest Üllői út 1.

Levelezési cím: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Panasz és kiemelt ügykezelési csoport
9401 Sopron, Pf. 22

Nyitvatartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00

- **Értékesítési pontok**

Cím lista: <https://www.alfa.hu/ugyintezes/ertekezesi-pontok.html>, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.

- **Postai úton:** Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Panasz és kiemelt ügykezelési csoport
9401 Sopron, Pf. 22,
- **Telefaxon:** (+36) 1-476-5791,
- **Elektronikus úton** a <https://www.alfa.hu/ugyintezes/online-panaszbejelentenes.html> linken online, vagy a <https://www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentenes.html> felületen elhelyezett panaszbejelentőn vagy a panasz@alfa.hu e-mail címen,
- **Adatkezelési ügyekben elektronikusan** a <https://www.alfa.hu/adatbiztonsag> oldalon vagy adatvedelem@alfa.hu e-mail címen.

3. JOGORVOSLATI FÓRUMOK

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat.

3.1. A fogyasztónak minősülő ügyfelek részére nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

Az ügyfél a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testülethez, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Fogyasztón az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személyt kell érteni.

Pénzügyi Békéltető Testület:

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1525 Budapest, Pf. 172

Telefon: (+36) 80-203-776

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Bővebben a <https://www.mnbb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást.

Tájékoztatjuk, hogy az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a Pénzügyi Békéltető Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Amennyiben a Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de az ügyfél kérelme megalapozott és a fogyasztónak minősülő ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az egymillió forintot, akkor a Pénzügyi Békéltető Testület kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Bíróság:

az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság (www.birosag.hu)

Társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó – a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény – fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértése esetén, a fogyasztó fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet.

Magyar Nemzeti Bank – Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP, Pf. 777

Telefon: (+36) 80-203-776

Pénzügyi fogyasztóvédelem e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Bővebben a www.mnb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

Tájékoztatjuk, hogy Ön fogyasztónak minősülő ügyfélként a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti

telefonon: (+36) 1-477-4800

postai úton: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Panasz és kiemelt ügykezelési csoport

9401 Sopron, Pf. 22

e-mailen: panasz@alfa.hu

Társaságunk a nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen küldi ki, az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton, valamint a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, a **www.alfa.hu weboldalon** (<https://www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html#nyomtatványok>) és az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben is.

Online vitarendezési platform

Az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók és az Európai Unióban letelepedett szolgáltatók közötti, online szolgáltatási szerződésekből eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online megkötött szerződésekkel összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljáráson kívüli rendezésére szolgáló platform.

A fogyasztó online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezheti a jogvita bírósági eljáráson kívüli rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Társaságunk tevékenységével kapcsolatban a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.

Az online vitarendezési platform honlapja: <http://ec.europa.eu/odr>

3.2. Fogyasztónak nem minősülő ügyfelek számára nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél, panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

3.3. A Biztosító adatkezelését érintő panaszok esetén nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A Biztosító adatkezelését érintő adatvédelmi panasz esetén, amennyiben az ügyfél a Biztosító adatkezeléssel összefüggő panaszra adott válaszával nem ért egyet, 30 napon belül bírósághoz, illetve ha a panasz adatkezeléssel összefüggő tájékoztatás, helyesbítés, zárolás vagy törlés Biztosító általi megtagadásával függ össze, a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is fordulhat.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

Levelezési címe: 1363 Budapest Pf. 9

Telefon: (+36) 1-391-1400

E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu

Bővebben a www.naih.hu honlapon kaphat tájékoztatást.

4. BIZTOSÍTÁSI TITOK, ADATKEZELÉS

A Biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) felhatalmazása alapján biztosítási titoknak minősülő adatokat kezel.

A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási szerződés fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az egészségügyi adatokat vagy az adatvédelmi törvény szerinti különleges adatokat 20 év elteltével törölni kell.

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

Bit. 135. s

- (1) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- (3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Bit. 136. s

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 135. s (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

Bit. 137. §

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- c) a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárást lefolytatása keretében ismeri meg.

Bit. 138. §

(1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezi eljárárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatban közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalával,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel,

továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,

- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli Biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli Biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus–malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adataira és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a Biztosítóval,
- t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal

szemben, ha az a)–j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkérésrel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

- (2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

- (2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt. ben¹ meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

1. A hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény

- (3) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adat- szolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (3a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adat- szolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (4) A biztosító vagy a viszontbiztosító az (1) és (6) bekezdésekben, a 137. §-ban, a 138. §-ban és a 140. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- (5) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- (6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyszéség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykel- téssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- (8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- (9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

Bit. 139. §

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,

- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

Bit. 140. s

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
- a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
- (2) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Bit. 141. s

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Bit. 142. s

- (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.
- (3) A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 143. §

- (1) A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító 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 hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- (3) E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- (4) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- (5) A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjgyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére – annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltathat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja. A közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére ezen adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

4.2. A biztosítási titokra és az üzleti titkokra vonatkozó közös szabályok

Bit. 147. §

- (1) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.
- (2) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.
- (3) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban és az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényben foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

147/A. §

- (1) A Hpt. 164/B. §-a alapján átvett adatokat a biztosító tevékenységi köre ellátásával összefüggésben a szolgáltatásai nyújtásához szükséges mértékben megismerheti, és az ügyfélkapcsolat létrehozásának és fennállásának időtartamában kezelheti, ha az ügyfél az adattovábbítást a (2) bekezdés szerint nem korlátozta vagy tiltotta meg.
- (2) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító ügyfele kifejezett nyilatkozatával jogosult korlátozni vagy megtiltani a Hpt. 164/B. § (2) bekezdése szerinti adattovábbítást.

- (3) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító az ügyféllel kötendő szerződést megelőzően köteles az ügyfél részére a Hpt. 164/B. §-ában foglalt kölcsönös adatátadás lehetőségéről igazolható módon tájékoztatást adni. Az írásbeli tájékoztatásban egyértelműen fel kell hívni az ügyfél figyelmét arra, hogy a személyes adatai e §-ban foglalt kezelésének lehetőségét bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja.

4.3. A FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek

Bit. 148. §

- (1) A FATCA-törvény szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban ezen alcím tekintetében együtt: Számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: illetőségvizsgálat).
- (2) Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja
- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
 - a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.
- (3) Az Aktv. 43/B-43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

60/A. A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek

A FATCA-törvényen és az OECD tagállamok között létrejött adatcserére vonatkozó megállapodás (CRS) alapján fennálló eljárási kötelezettségek

Bit. 148/A. §

- (1) Az Aktv. szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: intézmény) az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálatot (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: illetőségvizsgálat).
- (2) Az intézmény a Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfél-fogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja
- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.

- (3) Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

4.4 Az EU-s kifizetői adatszolgáltatással kapcsolatos kötelezettségek

Az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény (Art.) 50. §

- (1) Havonként, a tárgyhót követő hónap tizenkettedik napjáig elektronikus úton bevallást tesz az adó- és/vagy társadalombiztosítási kötelezettségeket eredményező, természetes személyeknek teljesített kifizetésekkel, juttatásokkal összefüggő valamennyi adóról – ide nem értve a kamatjövedelem adót –, járulékokról és/vagy a (2) bekezdésben meghatározott adatokról
- a munkáltató;
 - a kifizető (ideértve az egyéni vállalkozónak nem minősülő természetes személy munkáltatót is);
 - a Tbj. 56/A. § (4) bekezdése szerinti kötelezett.
- (1a) A foglalkoztatónak nem minősülő, a Tbj. 5. § (1) bekezdés e) pontja szerinti egyéni vállalkozó havonta, a tárgyhót követő hónap tizenkettedik napjáig, a Tbj. 5. § (1) bekezdés i) pontja szerinti mezőgazdasági őstermelő negyedévente, a negyedévet követő hónap tizenkettedik napjáig elektronikus úton bevallást tesz a (2) bekezdésben meghatározott adatokról.
- (2) Az (1)–(1a) bekezdés szerinti bevallás tartalmazza:
28. az Európai Unió más tagállamában illetőséggel rendelkező személy részére életbiztosítási szerződés alapján történő biztosítói teljesítést.

4.5. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

Bit. 149. §

- (1) bekezdése alapján a biztosító (e § alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e § alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága biztosítási szerződésben rögzítésre került.
- (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítóknak.
- (3) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;

- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3–9. és 14–18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - c) a b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (5) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 10–13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a (4) bekezdés b)–e) pontjában meghatározott adatokat;
 - c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
 - e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- (6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:
- a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,

- b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.
- (7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
- (8) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
- (10) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (11) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.
- (12) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a (8)–(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- (13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (14) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

Bit. 150. s

- (1) A biztosítók – a Bit. 1. számú Melléklet A) rész 3–6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza
- a) a szerződő személy azonosító adatait;
- b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
- c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és
- d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.
- (2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő harminc napon belül továbbítja az Adatbázisba.

- (3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.
- (4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat nyolc napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.
- (5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.
- (6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandóak.
- (7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a Bit. 138. § (1) bekezdés – azaz jelen kiegészítő ügyfél-tájékoztató 4.4. pont – b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.
- (8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.
- (10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.
- (11) Biztosítási szerződés létrejötté esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.
- (12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
- (14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az (1) bekezdésben meghatározott célból kezelheti.

(16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít.

- 4.6.** A szerződő/biztosított egészségi állapotának felméréséhez kötött biztosítási szerződés megkötésével egyidejűleg a Biztosító által adott tájékoztatás alapján nyilatkozni köteles az egészségügyi adatainak kezeléséről. Ebben a szerződő/biztosított kifejezetten felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.
- 4.7.** Ha a szerződő/biztosított a biztosítási szerződés szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, ez az ajánlat elutasítását nem eredményezheti, ha a szerződés létrejött, úgy a Biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

II. számú Melléklet

A biztosítási szolgáltatás elbírálásához és teljesítéséhez bekérhető dokumentumok listája

Szolgáltatási igény teljesítéséhez általában	A Biztosító által rendszeresített vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és az arra jogosult személy által aláírt, a szolgáltatás típusának megfelelő igénybejelentő nyomtatvány
	A biztosítás meglétét és a díjfizetést igazoló dokumentumok (vítás esetekben)
	Szerződő/biztosított/jogosult/kedvezményezett/jogi személy képviselője/meghatalmazott/bankszámlatulajdonos (amennyiben a kifizetés a jogosulttól eltérő személy bankszámlájára történik) személyazonosságát igazoló dokumentum (érvényes személyi igazolvány vagy útlevél, vagy vezetői engedély és a lakcímkártya (lakcímet tartalmazó oldalának) másolata
	Biztosítási szolgáltatásra való jogosultság igazolása, továbbá 5 évnél nem régebbi jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg
	Kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes ügyfél esetén hatósági/bírósági határozat, ami igazolja a törvényes képviselői minőséget és a korlátlan vagyonkezelői jogosultságot, az igazolt törvényes képviselő nyilatkozata
	Meghatalmazott ügyintézése esetén a biztosítással kapcsolatos ügyintézésre jogosító érvényes, az alaki (2 tanúval ellátott okirat) és tartalmi (meghatalmazás terjedelme, érvényessége) követelményeknek megfelelő meghatalmazás
	Jogi személy, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet azonosító dokumentumainak másolata. E körben cégbírósági vagy más közhiteles nyilvántartásba vételt igazoló végzés/okirat, vagy a bejegyzési/nyilvántartásba vételi kérelem benyújtását igazoló irat, okirat egyéni vállalkozó nyilvántartásba vételéről, a szervezet létesítő okirata, alapszabálya és a képviselőre jogosult személyek aláírási címpéldányának, aláírás mintájának vagy más képviselői jogosultságot igazoló okiratnak a másolata
	Bankszámla tulajdonosának igazolása (bankszámlaszerződés, illetve bankszámla kivonat számlatulajdonos adatait tartalmazó fejlécének másolata) bankszámlára történő kifizetés esetén
	Hitelfedezeti záradék esetén a hitelező pénzügyintézet 30 napnál nem régebbi nyilatkozata a hiteltartozás összegéről, rendelkezése a kifizetésről

Szolgáltatási igény teljesítéséhez általában <i>(folyt.)</i>	Adatkezelésre vonatkozó tájékoztató és nyilatkozatok (igénybejelentő nyomtatványhoz csatolt A06, illetve A07K nyomtatványok, amelyek a Biztosító honlapjáról, a www.alfa.hu oldalról is letölthetőek
	Adóügyi illetőséggel kapcsolatos nyilatkozatok, külföldi adóilletőség esetén az ezt igazoló külföldi hatóság dokumentuma. A nyilatkozat az igénybejelentő nyomtatványon szerepel, illetve a Biztosító honlapjáról, a www.alfa.hu oldalról is letölthető.
	Idegennyelvű dokumentumok hiteles, Országos Fordító és Fordítás-hitelesítő Iroda által készített magyar nyelvű fordításai
Élet-, baleset-, és egészségbiztosítási igényekhez	Hatósági eljárás esetén helyszíni jegyzőkönyv, határozat, vádirat vagy bírósági ítélet*
	Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, orvosi szakvélemény/lelet, ambuláns (járóbeteg) ellátás dokumentuma, kórházi zárójelentés, kórházi, háziorvosi igazolás, korábbi orvosi iratok, ápolási napló, műtéti leírás, műtéti napló, vizsgálati leletek, eredmények, kontroll leletek, háziorvosi dokumentumok, teljes kórházi kórlap, röntgen lelet, szövettani lelet, ápolási dokumentáció, társadalombiztosítási (OEP) nyilvántartás adatai
	Biztosított kötés kori egészségi állapotát igazoló teljes orvosi dokumentáció
	Előzménybetegségek, korábbi balesetek tényét, lefolyását, következményét igazoló teljes orvosi dokumentáció
	A biztosított veleszületett rendellenességének, illetve a szülés körüli időszakban szerzett betegségének, állapotának teljes orvosi dokumentációja
	Sporttevékenységgel összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményhez egyesületi tagság igazolása, versenyengedély, sportorvosi engedély, sportesemény/sportverseny jegyzőkönyve
Halálesethez, baleseti halálesethez	Halotti anyakönyvi kivonat
	Halottvizsgálati bizonyítvány
	Boncolási jegyzőkönyv
	Haláleset, baleset utáni orvosi jelentés
	A halált okozó betegség, baleset, állapot kezdetét, a baleset, betegség lefolyását és a kezelés leírását tartalmazó teljes orvosi dokumentáció
Szülői életbiztosításhoz, Papa-Mama – életbiztosítás a szülőknél biztosításhoz	Az 1 évesnél fiatalabb gyermekkel való közös háztartás igazolására szolgáló dokumentum (pl. születési anyakönyvi kivonat, gyámhatósági határozat, családi pótlékra való jogosultságot igazoló határozat, lakcímkártya).
Baleseti eseményekhez	A baleset tényét, időpontját, körülményeit leíró nyilatkozat, jegyzőkönyv, munkabaleseti jegyzőkönyv, egyéb dokumentum
	Baleset tényét, időpontját és következményét tartalmazó teljes orvosi dokumentáció
	Nyilatkozat, orvosi dokumentum az ittasságról

Baleseti eseményekhez <i>(folyt.)</i>	Bódító, altató, nyugtató és kábítószeres fogyasztására vonatkozó orvosi dokumentumok
	Tevékenységi engedély másolata, ha a baleset engedélyhez kötött tevékenység végzésével függ össze
	Közlekedési baleset esetén a jármű forgalmi engedélye, vezetői engedély
	Foglalkozási ártalomra vonatkozó határozat
Balesetből eredő rokkantsághoz	A baleset következtében kialakult végleges egészségi állapotot, sérülést, funkciókiesést és ezek okát leíró dokumentáció
	Egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági dokumentum, orvosi bizottság szakvéleménye
Balesetből eredő kórházi ápoláshoz	A kórházi ápolás, intenzív ápolás tényét, időpontját, tartamát és okát igazoló teljes orvosi dokumentáció
Kórházi ápoláshoz	
Baleseti eredetű műtét	A műtéti beavatkozás időpontját, okát, a beavatkozás leírását, tartalmazó teljes orvosi dokumentáció
Műtét	Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO kódja
Csonttörés, csontrepedéshez	Csonttörést, csontrepedést igazoló orvosi dokumentum, röntgen lelet
Baleseti eredetű égéshez	Égési sérülés tényét, okát, időpontját, leírását, kiterjedését, súlyosságát leíró orvosi dokumentum
Napégéshez	Napégés tényét, okát, időpontját, leírását, kiterjedését, súlyosságát leíró orvosi dokumentum
Elmaradt tanulmányok pótlásához	Nappali tagozatos képzés igazolása, diákigazolvány másolata
	Baleseti kórházi ápolási igény dokumentumai
Baleseti eredetű keresőképtelenséghez	Táppénzre való jogosultság igazolása (munkáltató, közfoglalkoztató, OEP igazolása)
Keresőképtelenséghez	Keresőképtelenség tényét, tartamát igazoló dokumentum (Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről, Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről, kórházi zárójelentés, Igazolás fekvőbeteg-gyógyintézetben történő gyógykezeléséről)
	Keresőképtelenség okát, a betegséget, a sérülést igazoló teljes orvosi dokumentáció
	Megelőző egészségi állapot, illetve a kötés kori egészségi állapot teljes orvosi dokumentációja
	Egészségbiztosítási járulék megfizetésének igazolása, szükség esetén
Szövődményes kullancscsípéshez	Kullancscsípés tényét, időpontját, szövődményét és a kezelést leíró orvosi dokumentumok

Baleseti eredetű költségtérítéshez	A biztosított nevére kiállított szállítási számla
	A biztosított nevére kiállított számla a fog, műfog, korona, híd javításáról
	A biztosított nevére kiállított gyógyászati segédeszközökre vonatkozó számla
Állatharapáshoz	Állatharapás tényét, időpontját, következményét leíró orvosi dokumentum
24 órás orvosi call centerhez	Biztosított általi telefonhívás
Második orvosi szakvéleményhez	Teljes orvosi dokumentáció, orvosi vizsgálati eredmények, leletek
Személyi okmányok, bankkártyák pótlásához	Rendőrségi feljelentés*
	Okmányirodai igazolás
	Pótkártyát kibocsátó pénzintézeti igazolás, költséget igazoló bankszámla kivonat
	Biztosított nevére kiállított számla a bankkártya letiltásáról, pótlásáról
Rabláshoz	Rendőrségi feljelentés*
	Tételes lista az eltulajdonított vagyontárgyokról
	Tulajdonjogot igazoló okirat, beszerzési bizonylat
Felelősség-biztosításhoz	A baleset tényét, időpontját, körülményeit tartalmazó rendőrségi jegyzőkönyv, határozat, egyéb hatósági irat, igazságügyi műszaki-, orvosszakértői vélemény*
	Biztosított részletes kárleírása, felelősség elismerő és kártérítést igénylő nyilatkozata
	Személyi sérülés esetén nyilatkozat az egészségügyi adatok kezeléséhez, nyilatkozat a szemléhez történő hozzájáruláshoz, nyilatkozat az orvosszakértői vizsgálaton történő részvételhez, nyilatkozat a veszélyközösség védelme céljából történő adatátadáshoz
	Kár nagyságát alátámasztó egyéb dokumentációk
	Eböltási igazolás
Rokkantsághoz (70%-ot elérő mértékű egészségkárosodáshoz)	Egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági dokumentum, orvosi bizottság szakvéleménye; „Megváltozott munkaképességű személyek ellátására” vonatkozó határozat, teljes orvosi dokumentáció
Kritikus betegségekhez általánosan	A kritikus betegséget, a diagnózis időpontját igazoló, a betegség kezelését részletesen leíró orvosi dokumentumok, szakorvosi leletek, vizsgálati eredmények, továbbá a biztosított szerződésükötökori, vagy az azt megelőző egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok

Kritikus betegségekhez, biztosítási eseményenként:	
Rosszindulatú daganat (rákbetegség) eseményhez	A daganatos betegség rosszindulatúságát, a daganat környezetbe való terjedését igazoló orvosi dokumentáció, szövettani lelet, képkalkotó eljárással készült vizsgálati eredmény
Szövetileg jóindulatú agydaganat eseményhez	A képkalkotó eljárások eredményét és az idegrendszeri károsodást igazoló leleteket
Szívizominfarktus eseményhez	A klinikai kép leírását, az elvégzett laboratóriumi és egyéb diagnosztikus vizsgálatok, valamint az EKG görbe eredményét tartalmazó orvosi dokumentáció
Agyi érkatasztrófa (stroke) eseményhez	Képkalkotó vizsgálat eredménye, valamint a neurológiai szakvélemény, amely az esemény után legalább 3 hónappal készült, és az eseménnyel okozati összefüggésben álló kóros idegrendszeri tüneteket ír le
Szív-koszorúérműtét eseményhez	A műtét szükségességét igazoló kardiológiai szakvélemény és a szív-koszorúér műtét elvégzéséről szóló zárójelentés, műtéti leírás
Szervátültetés eseményhez	A műtét szükségességét igazoló és az elvégzett műtét leírását tartalmazó teljes egészségügyi dokumentáció
Végstádiumú veseelégtelenség eseményhez	A rendszeres művesekezelés szükségességét leíró szakorvosi lelet
Alzheimer kór, Parkinson kór és szklerózis multiplex eseményekhez	A 6 hónap elteltével készült, az aktuális állapotot leíró ideggyógyász szakorvos által írt szakvélemény
Látás elvesztése eseményhez	A maradandó, nem javítható látásvesztést igazoló, szemész szakorvos által kiadott vizsgálati eredmény és szakvélemény
Hallás elvesztése eseményhez	Fül-orr-gégész vagy audiológus szakorvos által kiadott szakvélemény és csatolt hallásküszöb-, illetve objektív audiometriás vizsgálati lelet
Beszédképesség elvesztése eseményhez	A beszédképesség elvesztését és annak körülményeit leíró orvosi dokumentáció és a megállapítást követően legalább 6 hónappal készült, az állapot véglegességét igazoló szakorvosi lelet
Végtag elvesztése eseményhez	Az amputációkat indokoló és/vagy igazoló orvosi dokumentáció
Kóma eseményhez	A kialakulást követő 30. nap elteltével az aktuális állapotot leíró szakvélemény
Szívbillentyű csere, illetve helyreállítás eseményhez	A szívbillentyű cseréjét vagy helyreállítását szükségessé tevő betegség kialakulását és lefolyását összefoglaló kardiológiai szakvélemény, zárójelentés, valamint a műtét elvégzéséről szóló szívsebészeti zárójelentés, műtéti leírás
Motoros neuron betegség eseményhez	A tünetek folyamatos fennállását követően legkorábban 3 hónap elteltével készült szakorvosi vélemény

Végtagbénulás eseményhez	A bénulás(ok) kialakulásának körülményeit leíró teljes orvosi dokumentáció, valamint a 3 hónap elteltével készült szakorvosi vélemény
Harmad- vagy negyed- fokú égés eseményhez	Az égés súlyossági fokát és kiterjedését is leíró teljes orvosi dokumentáció
Súlyos fejsérülés eseményhez	A fejsérülés bekövetkezésének körülményeit és az ellátást részletesen leíró, teljes orvosi dokumentáció, valamint a 6 hét elteltével készült szakvélemény

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

Jelen tájékoztató a szerződési feltételek részét képezi, az abban foglaltakkal együtt érvényes. A felsorolt dokumentumokat a Biztosító másolatban is elfogadja. Szükség esetén a Biztosító az eredeti dokumentum benyújtását is kérheti.

III. számú Melléklet

Tájékoztató az egészségkárosodás mértékének megállapításához (rokkantsági százalékok és égési sérülési tájékoztató, műtéti lista)

ROKKANTSÁGI TÁJÉKOZTATÓ

Balesetből és közlekedési balesetből eredő rokkantság esetén a Biztosító az alábbi táblázatban található egészségkárosodási mértékeket alkalmazza szervek és testrészek elvesztésekor és funkciócsökkenésekor.

Egységkárosodás mértéke	
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Mindkét felkar elvesztése	100%
Egyik kar vagy kéz és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	85%
Mindkét alkar elvesztése	80%
Mindkét kéz elvesztése	80%
Mindkét comb elvesztése	80%
Mindkét lábszár elvesztése	70%
Egyik felkar elvesztése	70%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
Egyik comb elvesztése	60%
Egyik alkar elvesztése	60%
Mindkét lábfej elvesztése	50%
Kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
Beszélőképesség teljes elvesztése	50%
Egyik lábszár elvesztése	40%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	30%
Hüvelykujj teljes elvesztése	22%
Egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	20%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	20%
Mutatóujj teljes elvesztése	10%
Nagylábujj teljes elvesztése	5%
Egyéb kézujj teljes elvesztése	5%
Egyéb lábujj teljes elvesztése	2%

ÉGÉSI SÉRÜLÉSI TÁJÉKOZTATÓ AZ ÉGÉSI SÉRÜLÉSEK SÚLYOSSÁGI FOKÁNAK BESOROLÁSÁRÓL

I. fokú égési sérülés	A bőr legfelső rétege károsodik, amely fájdalommal és a bőrfelszín pirossá válásával jár.
II. fokú égési sérülés	A bőr legfelső és az irha felső rétege károsodik, mely hólyagképződéssel jár, vagy az irha mélyebb rétege is károsodik, amikor a seb alapja fehéres színű, fájdalmas.
III. fokú égési sérülés	A bőr teljes vastagságában károsodik, hólyagképződés nincs, a felszín érzéketlen.
IV. fokú égési sérülés	A bőr alatti szövetek – például izmok és csontok is – elpusztulnak, a sérült végtag gyakran elszenesedik.

Az égési sérülés kiterjedtségének megállapítása: Az égési sérüléssel érintett terület kiterjedése a sérült ember testfelszínének százalékában kerül meghatározásra oly módon, hogy a sérült személy tenyerének felszíne a testfelület 1 százalékának tekinthető. A nagy kiterjedésű égési felület kiszámítása a Wallace-féle 9-es szabály alapján történik, mely a fej-nyak sérülését 9 százalékban, egy felső végtag sérülését 9 százalékban, egy alsó végtag sérülését 18 százalékban, valamint a törzs első és hátsó oldalának együttes sérülését 36 százalékban határozza meg.

MŰTÉTI LISTA

Segédlet a műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

I. Kis műtétek

- Szájsebészeti, de nem fogászati műtétek
- Ere kisebb műtétei, perifériás idegvarratok
- Kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéj varrata, idegentest műtéti eltávolítása szem felületes rétegeiből)
- Kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyszövet elváltozás, dobhártyaműtétek)
- Mellüreg drenálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronhoszkóppal, bordarezekció
- Hasfali helyreállító műtétek, kisebb sérvműtétek
- Egyszerűbb ízületi vagy csontelváltozások műtétei végtagokon, ín- és szalagvarratok, artroszkópos műtétek, kisebb amputációk (kézuji, lábujj)
- Külső nemiszervek műtétei a nemi szervek megtartásával
- Kis területű égés műtéti kezelése (testfelület 6%-a alatt, III., IV. fokú), kisebb bőrátültetések, bőrplasztika

II. Közepes műtétek

- Agyállományt nem érintő koponya-elváltozások műtétei
- Izolált gerincelváltozások műtétei (pl. porckorong, egy csigolyára kiterjedő műtétek)
- Arcsont- vagy állkapocs részleges elváltozásainak műtétei, lágyszövet és kemény szájpad helyreállító műtétei

- Közepes műtétek ereken, ér pótlások, érátültetések, nagyobb idegvarratok
- Helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencseeltávolítás, szemgolyó-eltávolítás
- Közepes fül-, orr- és gégeműtétek (pl. gégerezekció)
- Pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy műtétei
- Emlő részleges vagy teljes eltávolítása, mellüregi beavatkozások, rekeszizomműtétek, mellhártyakiirtás, tüdőlebeny-kiirtás
- Egyes hasüregi beavatkozások (máj, epe, hasnyálmirigy, vese, gyomor, bél elváltozásainak egyes műtétei, lépeltávolítás, veseeltávolítás, féregnyúlvány-eltávolítás – „vakbélműtét”)
- Végtagon végzett csontműtétek (csavar-, velőúrszeg-, lemezbehelyezés, csonteltávolítás, csontpótlás) Ízületek közepes műtétei, kisebb protézisek beültetése, ínátültetések, részleges végtagamputációk
- Kismencedei műtétek: nemi szervek nagyobb műtétei (pl. méheltávolítás, miomaeltávolítás, prosztataeltávolítás), hólyagműtétek, húgyvezeték műtétei,
- A testfelület 6–20%-át érintő, III., IV. fokú égések műtétei
- Vizeletinkontinenciát megszüntető műtétek (hüvelyplasztikai műtéteknél bonyolultabb beavatkozások)
- Laparoszkoós, illetve kisebb hasi beavatkozások petefészken, méhkürtön

III. Nagy műtétek

- Agyállományt is érintő koponya-elváltozások műtétei, kiterjedt gerincvelőváltozások műtétei (pl. több csigolyát érintő műtétek, gerincvelő-elváltozások műtétei)
- Arcsont és állkapocs eltávolítása
- Nagyerek helyreállító műtétei, idegátültetés
- Nagy mellüregi beavatkozások (szívkoszorúér műtétei, egyéb zárt szívűműtétek, féldoldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása)
- Nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása)
- Nagy műtétek ízületeken (pl. csípőn, vállon), nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtagamputációk
- A testfelület 20–40%-át érintő III., IV. fokú égési sérülések műtétei
- Csontvelő-átültetés

IV. Kiemelt műtétek

- Kiterjedt, agyállományt érintő elváltozások műtétei, kiterjedt gerincvelő műtétek
- Testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III., IV. fokú égési sérülések műtétei
- Nyitott szíven végzett műtétek pl. billentyűműtétek
- Nyelőcsőkiirtás, több hasi szerv együttes és teljes kiirtása
- Szervtranszplantáció (szív, szív-tüdő komplexum, máj, vese)

Kizárások

- Fogászati műtétek, fog, foggyökér, granuloma és foggyökér körüli ciszta eltávolítása
- Mandulaműtétek
- Bőrvarratok és szövődményeik ellátása sebek/hegek műtétet követő ellátása (sebtisztítás, váladékelvezetés)
- Bőrfelszíni és bőr alatti szövetek elváltozásainak műtéti ellátása, kivéve melanoma malignum
- Punkciók, kanülök vagy katéterek diagnosztikus és terápiás célú alkalmazása
- Műtét során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- Idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- I–II. fokú égések ellátása
- Diagnosztikus beavatkozások (invazív, non-invazív)
- Endoszkópos mintavétel
- Kozmetikai műtétek, plasztikai műtétek, kivéve, ha azok sérülés miatt válnak szükségessé
- Szüléssel és terhességgel kapcsolatos műtétek, terhességmegszakítás, meddőséggel, sterilizációval kapcsolatos műtétek
- Nemek megváltoztatását célzó műtétek