

<p><b>1. A szerződés alanyai</b></p> <p>1.1. A biztosító, amely az UNION-S.O.S. baleset-biztosítás alapján, a szerződésben meghatározott díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosított balesete esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.</p> <p>1.2. Szerződő fél, aki az érvényes jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat a biztosítónak megfizeti.</p> <p>1.3. Biztosított az a természetes személy, akinek az életével, testi egészségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön, és életkora a szerződés megkötésekor 16 és 65 év között van.</p> <p>1.4. Kedvezményezett, akinek a biztosító a szolgáltatást teljesíti. Kedvezményezett a biztosított halála esetére a biztosított örököse, amennyiben más haláleseti kedvezményezett nem került jelölésre. Egyéb biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosított tekintendő kedvezményezettnek.</p> <p><b>2. A biztosítás tartama</b></p> <p>2.1. A biztosítás határozott tartamú, legkevesebb 5, legfeljebb 25 évre köthető.</p> <p>2.2. Biztosítási évforduló: az ajánlat aláírását követő nap évenkénti fordulónapja.</p> <p><b>3. A szerződés létrejötte</b></p> <p>A biztosítási szerződés a felek írásbeli megállapodásával, a kötvény szerződő (biztosított) általi kézhezvételének napján jön létre és a 4. pontban meghatározott kockázatviselési kezdettel lép hatályba.</p> <p><b>4. A biztosító kockázatviselése</b></p> <p>4.1. A biztosító kockázatviselése a Föld valamennyi országára, a nap 24 órájában kiterjed.</p> <p>4.2. A biztosító kockázatviselése az ajánlat aláírását követő nap 0 órájaktól kezdődik, feltéve, hogy a szerződő az első díjat a biztosító számlájára befizette.</p> <p>4.3. A biztosító kockázatviselése a szerződés megszűnésének időpontjában véget ér.</p> <p><b>5. A szerződés megszűnése</b></p> <p>A szerződés megszűnik az alábbi események bekövetkeztekor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a biztosított halálának napján;</li> <li>– a biztosított 100%-os egészségkárosodása esetén;</li> <li>– a határozott tartam lejártával;</li> <li>– a díjfizetés elmulasztása esetén az elmaradt díj esedékességétől számított 60. nap elteltével;</li> <li>– a biztosított 70. életévének betöltése esetén annak az évnek az utolsó napján 24 órákor, amikor a biztosított 70. életévét betöltötte;</li> <li>– rendes felmondással. A rendes felmondás alapján a felek a szerződést a biztosítási évfordulóra, 30 napos felmondási idővel felmondhatják.</li> </ul> <p><b>6. A megszűnés esetén a szerződő/biztosított jogai, a biztosító kötelezettsége</b></p> <p>6.1. Amennyiben a szerződés megszűnését eredményező biztosítási esemény (halál, 100%-os egészségkárosodás) következik be, úgy a biztosító az egész évre járó díjat követelheti, míg a szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díját követelheti, amelyben kockázatviselése véget ért.</p> <p>6.2. A biztosítási díjtöbblet a szerződőt illeti meg.</p> <p><b>7. A biztosítás díja, a díjfizetés rendje</b></p> <p>7.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének ellenértéke, melynek megfizetésére a szerződő köteles. A díj a biztosítási évfordulón esedékes.</p> <p>7.2. A szerződés éves díjfizetésű. Ettől közös megegyezéssel írásban foglaltan eltérhetnek a szerződő felek.</p> <p>7.3. A biztosítási időszak egy év, az éves díj erre az időszakra vonatkozik.</p> <p>7.4. A biztosítási időszak évfordulótól évfordulóig tart.</p> <p>7.5. A biztosítási díj mértékét a biztosítási szerződés tartalmazza.</p> <p>7.6. A szerződés megkötésekor a biztosítás első díját meg kell fizetnie a szerződőnek.</p> <p>7.7. Ha a szerződő a folytatólagos díjat az esedékességétől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást nem kapott és a biz-</p>	<p>tosító a díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesíti, a biztosító a kockázatot az elmaradt díj esedékességétől számított 60 napig viseli. Ez alatt az idő alatt a szerződő az elmulasztott időszak díjat pótolhatja.</p> <p><b>8. Biztosítási esemény</b></p> <p>8.1. Jelen feltétel szempontjából baleset a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő, olyan külső hatás, amelynek következtében az emberi szervezetben heveny módon anatómiai és funkcionális károsodás, maradandó elváltozás, halál következik be.</p> <p>8.2. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a tartam alatt a baleseti esemény miatt bekövetkező:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>8.2.1. halála;</li> <li>8.2.2. legalább 31%-os mértékű maradandó egészségkárosodása;</li> <li>8.2.3. kómás állapota;</li> <li>8.2.4. műtéte;</li> <li>8.2.5. kórházi ápolása;</li> <li>8.2.6. csonttörése,</li> <li>8.2.7. égése.</li> </ul> <p>8.3. A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkeztének napja.</p> <p><b>9. Biztosítási szolgáltatások</b></p> <p>Az alapbiztosítási fedezet három csomagból választható ki, de egy szerződésen belül csak egy csomag köthető. A biztosítottnál a biztosított csak egy UNION-S.O.S. biztosítással rendelkezhet. A biztosított az egyes kockázatok esetében a következő szolgáltatásokat nyújtja:</p> <p>9.1. Baleseti halál</p> <p>Ha a biztosított a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező balesete miatt a bekövetkezéstől számított egy éven belül meghal, úgy a biztosító kifizeti a baleseti halál kockázatnak a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét a kedvezményezettnek. Amennyiben a halál előtt már maradandó egészségkárosodásra is szolgáltatott a biztosító, a teljesítés csak a különbözetre vonatkozik.</p> <p>9.2. Balesetből eredő, legalább 31%-os mértékű maradandó egészségkárosodás</p> <p>Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt a balesettől számított két éven belül legalább 31% mértékű maradandó egészségkárosodást (állandósult funkcionális károsodást) szenved, úgy a biztosító kifizeti a biztosítottnak a károsodás mértéke szerint a biztosítási összeg 31%–100% közötti részét.</p> <p>9.2.1. Az adott balesetből visszamaradt maradandó egészségkárosodás (állandósult funkcionális károsodás) mértékét a végállapot kialakulását követően a rendelkezésre álló szakorvosi iratok, illetve amennyiben szükséges, a biztosított személyes orvosi vizsgálata alapján a biztosító orvos szakértője állapítja meg a sérülést követő 2 éven belül. A károsodás mértékét a biztosító a gyógyulás folyamatától függetlenül legkésőbb a sérüléstől számított 2. év betöltésekor – a gyógyulás befejeződésének hiánya esetén is – megállapítja, függetlenül a társadalombiztosítási szervektől.</p> <p>9.2.2. Több szerv, testrész együttes sérülése esetén a károsodási mértékek összeadódnak, de a szolgáltatás mértéke a 100%-ot nem haladhatja meg.</p> <p>9.2.3. A biztosított elrendelheti speciális orvos szakértő által a sérült személyes vizsgálatát.</p> <p>Amennyiben a biztosított egészségi állapota a szolgáltatást követően javul, a biztosító a már kifizetett biztosítási összeget nem igényli vissza.</p> <p>9.2.4. Amennyiben a biztosított nem ért egyet a biztosító döntésével, kérheti saját költségére a másodfokú orvosi bizottság döntését.</p> <p>9.2.5. Balesetből eredő kómás állapot</p> <p>Amennyiben a biztosított balesetből eredően olyan agysérülést szenved el, amelynek következtében 30 napot meghaladóan kómás állapotba kerül, a biztosító kifizeti a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítási összeg 100%-át.</p> <p>Jelen feltételek szempontjából kóma a sérültnek az az állapota, amelyet egészségi protokoll ennek minősít, kivéve a mesterségesen fenntartott kómás állapotot.</p> <p>9.3. Baleseti kórházi ápolás napi térítés</p> <p>Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt legalább 5 napot elérő folyamatos kórházi ápolásra szorul, úgy a biztosító a baleseti kórházi ápolás kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét minden kórházi ápolási napra kifizeti.</p>
---	---

<p>9.3.1. Amennyiben egy balesetből eredően egy adott biztosítottra vonatkozóan többször kerül sor kórházi ápolásra, úgy a biztosító az első 5 napot meghaladó időszak után már a következő ápolási időszaknál nem vizsgálja annak folyamatos meglétét.</p> <p>9.3.2. Egy biztosítási esemény kapcsán a szolgáltatás legfeljebb 365 napra korlátozódik.</p> <p>9.3.3. Amennyiben a biztosított a balesetével okozati összefüggésben intenzív osztályon történő ellátásban részesül, ezekre a kórházi napokra a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki a biztosító.</p> <p>9.4. Baleseti kórházi ápolás, egyösszegű térítés Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt 60 napot meghaladóan folyamatos kórházi ápolásra szorul, úgy a biztosító a baleseti kórházi ápolás kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét egy összegben kifizeti a 61. napot követően.</p> <p>9.4.1. A kórházi ápolás kockázatai nem terjednek ki azokra a kórházi beavatkozásokra, melyek nem az adott baleset gyógyításával állnak közvetlen okozati összefüggésben.</p> <p>9.4.2. Jelen feltétel szempontjából kórháznak minősül az ÁNTSZ és szakmai felügyeletet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll és intézményi kóddal rendelkezik.</p> <p>9.4.3. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.</p> <p>9.5. Baleseti műtéti térítés Amennyiben a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt a gyógyulása és állapotromlásának megakadályozása érdekében szükségessé váló, a biztosító által meghatározott mértéket meghaladó súlyosságú műtétet végeznek, úgy a biztosító kifizeti az adott súlyosságú csoportba sorolt baleseti műtét kockázatának a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegét.</p> <p>9.5.1. Jelen feltétel szempontjából műtétnek minősül az a sebészeti beavatkozás, amit az orvosszakmai szabályok megtartásával végeztek el a biztosítotton. A műtétek súlyossági besorolását a biztosító szakorvosa objektív feltételek, a vonatkozó szabályzatok és szakmai irányelvek, a biztosított szakorvosi dokumentációja, szükség esetén személyes vizsgálata alapján határozza meg.</p> <p>9.5.2. Fentiek alapján tájékoztató jelleggel néhány példa a súlyossági besorolásra: I. csoport – a szervezet üregrendszerén belül elhelyezkedő anatómiai képletek sérülései miatt szükségessé váló és az üregrendszer falának megnyitásával végzett műtéti megoldások (koponya, nyak, mellkas, has, medence, gerincoszlop); – az ujjak kivételével végzett baleseti eredetű végtagcsonkolások függetlenül attól, hogy a csonkolódott végtag rész visszaültetése megtörtént-e és milyen a funkcionális végeredmény; – a törzből kilépő fő ér- és idegképletek sérülése miatt végzett helyreállító műtétek (kivéve a csuklóízület, illetve bokaízület kezdő részeitől perifériásan elhelyezkedő ér- és idegképletek); – a műtétet igénylő II-III. fokú égési sérülések, ha az égési felszín a testfelület 40%-át eléri. II. csoport – a nyílt és zárt, nagy ízületekbe (váll, könyök, csukló, csípő, térd, boka) hatoló és ízületen kívüli (felkar-, alkar-, comb-, lábszár-) törések (a kéz- és lábfej törései nem tartoznak ide); – a nagy kiterjedésű, roncsolással, szövethiánnyal járó lágyrész sérülések, ahol műtéti sorozat, szövetszövetpótlás végzésére van szükség; – a műtétet igénylő II-III. fokú égési sérülések, ha az égési felszín a testfelület 5%-ánál nagyobb, de a 40%-át nem éri el. III. csoport – az orvosi szakma szabályai által dokumentált friss ízületi szalagszakadások, ín, inak szakadása (a kézfej, lábfej, ujjak kivételével); – a csuklóízület, illetve bokaízület kezdő részeitől perifériásan elhelyezkedő ér- és idegképletek helyreállító műtétei; – a kéz és láb ujjainak amputációval járó csonkolásos sérülések; – az ujjak perifériás idegvarratai. IV. csoport – a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező akut balesete miatt elvégzett csőtükrözéses műtéte, a térdekre irányuló műtéteket kivéve. V. csoport – a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező akut balesete miatt a térdízület csőtükrözéses eljárással végzett terápiás célú műtéte.</p>	<p>Nem téríthető beavatkozások: – belső fémrögzítés eltávolítása; – bőrvarratok; – dróttal történő húzások; – korábban meglévő, ortopéd jellegű elváltozások baleset kapcsán történő terápiaja, műtéte; – az emberi szervezet típusos helyeinek sérvesedése miatti műtétek; – a kóros csontszerkezeti elváltozásból adódó csonttörés stabilizáló műtéte; – baleseti eseménnyel összefüggésbe nem hozható beavatkozások.</p> <p>9.5.3. Egy baleseti eseményből maximálisan a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a biztosító.</p> <p>9.5.4. Amennyiben egy műtét során egy időben több sebészeti beavatkozás szükséges, akkor a biztosító a legmagasabb besorolású műtét alapján állapítja meg a szolgáltatást.</p> <p>9.6. Baleseti eredetű helyreállító plasztikai műtét Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt, a gyógyulása és állapotromlásának megakadályozása érdekében a fenti műtéteken túl olyan plasztikai műtétet hajtanak végre, melynek célja a teljes vastagságú bőr- vagy csontszövetek pótlására irányul, a biztosító kifizeti a biztosítási összeget a súlyossági foknak megfelelően. A műtét súlyossági fokát nem a felületi kiterjedés, hanem a mélység és az anatómiai lokalizáció, valamint a műtéti technika alapján a biztosító szakorvosa határozza meg a 9.5.1. pontban foglaltak szerint. A súlyossági kategóriákra vonatkozó térítési fokozatok az 1. sz. mellékletben foglaltak szerint értendők.</p> <p>9.7. Baleseti csonttörés Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt olyan balesetet szenved, melynek következménye szakorvos által igazolt módon csonttörés, illetve csontrepedés, úgy a biztosító kifizeti az összegnek a törések típusától függően az 1. sz. melléklet szerinti hányadát fizeti a biztosítottnak, de a kifizetés nem haladhatja meg a biztosítási összeg 100%-át. Csonttörés: az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad. Jelen feltétel szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek. Csontrepedés: az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad, de a csont keresztmetszete nem sérül, és a törési vonal csak az egyik oldali csontkérget sérti.</p> <p>9.8. Égés A biztosított égési sérülése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott 100%-os biztosítási összegnek a 2. sz. mellékletben meghatározott, az égéskárosodás mértékének megfelelő százalékát fizeti ki. Az I. fokú égési sérülésnél csak a bőr legfelső rétege károsodik, amely fájdalommal és a felületen pirosság látható. A II. fokú égési sérülések esetén különbséget teszünk az úgynevezett felületes és mély formák között. A II/1. típus előfordulásakor a bőr legfelső és az irha felső rétege károsodik, hólyag látható, a sebalap piros, nyomásra elfehéredik, fájdalmas. A II/2. típusú sérülésnél az irha mélyebb rétege is károsodik, a sebalap fehéres színű, fájdalmas. A III. fokú égés esetén a bőr teljes vastagsága sérül, a felszín a szennyeződéstől függően barna, fekete vagy fehér színű, hólyag nincs, a felszín érzéketlen, mivel a fájdalomérzékelő receptorok is elpusztultak. Az égett terület kiterjedését az ember testfelszínének százalékában adjuk meg, amelynek során 1 százalék testfelszínnek tekintjük a sérült tenyerének felszínét. A nagy kiterjedésű égési felület kiszámítása a Wallace-féle 9-es szabály alapján történik: például a fej-nyak 9 százalékknak, egy felső végtag 9 százalékknak, egy alsó végtag 18 százalékknak, a törzs 36 százalékknak felel meg.</p> <p><b>10. A biztosító mentesülése</b></p> <p>10.1. A biztosító mentesül a baleseti halál biztosítási összegének kifizetése alól, ha a biztosított halálát a kedvezményezett szándékos magatartása okozta.</p> <p>10.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. A balesetet súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak kell tekinteni különösen akkor, ha az a biztosított: a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben; b) rendszeres alkoholfogyasztásával, illetőleg ittas állapotával közvetlen okozati összefüggésben; c) bódító-, kábító- vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben.</p>
---	---

- ben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán;  
d) érvényes jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben;  
e) ittas gépjárművezetése közben következett be, valamint a d)-e) esetekben a mentesülés feltétele még, hogy a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett.

## 11. Kizárások

- 11.1. A baleset előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 11.2. A napsugárzás által okozott égési sérülések a biztosítási fedezetből ki vannak zárva.
- 11.3. A fagyási sérülések a biztosítási fedezetből ki vannak zárva.
- 11.4. Olyan balesetek, melyek következménye a fogak törése, bármilyen jellegű pótlása, a biztosításból ki vannak zárva.
- 11.5. Az olyan balesetek következményei, melyek betegségi előzményekből erednek, a biztosításból ki vannak zárva.
- 11.6. A szokványos izületi ficamok és alkati sajátosságából adódó izületi szalaggyengeség a biztosításból ki van zárva.
- 11.7. A foglalkozási betegségi ártalom következményei a biztosítási fedezetből ki vannak zárva.
- 11.8. A megemelés következtében kialakuló anatómia elváltozások a biztosítási fedezetből ki vannak zárva.
- 11.9. A biztosított öngyilkossága vagy annak kísérlete miatt kialakuló sérülés vagy halál még akkor is ki van zárva, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el.
- 11.10. A kórházi napi térítés és műtéti kockázatok nem terjednek ki azokra a kórházi beavatkozásokra, amelyek célja nem az adott sérülés gyógyítása (sérült biztosított állapotromlásának a megakadályozása, hanem esztétikai, kozmetikai kezelése).
- 11.11. A biztosító a testi sérüléssel nem járó lelki sérülésekre nem vállal fedezetet.
- 11.12. A rándulások sérülések és azok későbbi következményei ki vannak zárva.
- 11.13. A rovarcsípések a biztosítási fedezetből ki vannak zárva.
- 11.14. Minden olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalom, melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet – a degeneratív, ortopéd jellegű kórképek tartoznak ide –, a biztosítási fedezetből ki van zárva.
- 11.15. A csőtűkrözéssel végzett, térdet érintő műtétek következményeként kialakult maradandó egészségkárosodási kockázat a biztosítási fedezetből ki van zárva.
- 11.16. A biztosító nem vállalja a fedezetet a biztosított foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre, amennyiben a biztosított foglalkozása:
- artista,
  - bűvár,
  - bányász,
  - építőmunkás magas építményeken,
  - fegyveres testület tagja,
  - fegyveres őr,
  - kaszkadőr,
  - légiutas-kísérő,
  - pilóta (repülő, helikopter, vadászgép),
  - pirotechnikus,
  - pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője,
  - robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás,
  - tűzijáték- és csillagszórógyártó,
  - vadász,
  - veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr.
- 11.17. Biztosított nem lehet olyan személy, aki:
- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír,
  - idült szív- és keringési rendszeri betegségben szenved,
  - vérzékeny,
  - inzulin-függő (I. típusú) cukorbetegségben szenved,
  - dialízis kezelésben részesül,
  - Alzheimer-kóros,
  - epilepsziában szenved,
  - skizofrén,
  - Parkinson-kórban szenved,
  - 5 évnél régebben diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
  - HIV-fertőzött,
  - sokizületi gyulladásban szenved,
  - csonttrikulás megbetegedésben szenved,
  - egyensúlyi zavarban szenved,
  - -7 dioptria erősséget meghaladóan rövidlátó,
  - vak,
  - véralvadást gátló gyógyszereket szed,
  - aki a biztosítás megkötését megelőző egy évben olyan baleset

ten szenvedett, amely miatt szakorvos által igazoltan 30 napon túl munkaképtelen volt.

- 11.18. Az albiztosítási fedezet nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, melyek a biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licence-szel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben.
- 11.19. Az albiztosítási fedezet nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, melyek a biztosított extrém sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben.  
Jelen szerződés vonatkozásában extrém sport:
- jet-ski, motorcsónak sport, vízisízés,
  - vadvízi evezés (ideértve canyoning, hydrospeed),
  - hegy- és sziklamászás az V. foktól,
  - magashegyi expedíció,
  - barlangászat,
  - bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping),
  - falmászás,
  - autómotorsportok (pl. roncsautó (auto-crash) sport, rali, gokart, motorkerékpár-sportok, quad, ügyességi versenyek),
  - féllkezes és nyílttengeri vitorlázás,
  - repülősportok (pl. sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés, siklórepülés, hőlégballonozás),
  - mélytengeri búvárkodás (búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá).
- 11.20. A biztosítási fedezet kiterjeszhető a 11.18. és 11.19. pontokban hivatkozott esetekben pótdíj megfizetésével.

## 12. A biztosítási fedezet kiterjesztése

- 12.1. A biztosítási fedezet a biztosítás éves díjának 50%-os pótdíjával kiterjeszhető bármely sporttevékenységet végző biztosítottra, kivéve extrém sportok üzése esetén. A fedezet csak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően módosítható.
- 12.2. A biztosítási fedezet a biztosítás éves díjának 100%-os pótdíjával kiterjeszhető alkalmanként 30 napra a 11.19. pont szerinti extrém sportokra.
- 12.3. A fedezet kiterjesztését csak abban az esetben fogadja el a biztosító, ha az albiztosítás díjjal fedezett kiterjesztés időtartamára is.
- 12.4. A fedezet kiterjesztési igényt írásban, a szerződő és a biztosított aláírásával kell bejelenteni a biztosítónak, és a díjat a biztosítás kötvényszámára hivatkozva be kell fizetni. A biztosítási fedezet – amennyiben megjelöl induló napot az igénylő és a díjat egyidejűleg befizeti – az igénylésen megjelölt napon indul. Ha nem jelöl meg induló időpontot, akkor a biztosítási díj biztosítóhoz történő beérkezésének napjával kezdődik a biztosító kiterjesztett kockázatviselése.

## 13. A biztosító teljesítése

- 13.1. A biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely szolgáltatási igényt a biztosító részére írásban, az alapul szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 8 napon belül kell jelenteni. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn, amennyiben bejelentési kötelezettségének a szerződő nem tesz eleget, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
- 13.2. A biztosító szolgáltatásait a rendelkezésre álló legutolsó adatoknak megfelelően nyújtja.
- 13.3. A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli, ami abban áll, hogy panasza esetén köteles haladéktalanul felkeresni orvosát, balesete esetén kérni az első akut ellátását. Bármilyen sérülés bekövetkeztét követően a biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia, és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. A biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a biztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.
- 13.4. A biztosító által igényelt minden igazolást, nyilatkozatot és bizonyítékot hitelt érdemlően a biztosítónak az általa meghatározott formában és tartalommal kell benyújtani. A szükséges dokumentumok beszerzésének és biztosítóhoz történő eljuttatásának költségeit a biztosító nem téríti meg.  
A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához, illetve a teljesítéshez szükséges összes irat beérkezése után, az utoljára beérkezett irat kézhezvételétől számított 15 napon belül teljesíti. A károk kifizetése a biztosító magyarországi központjából történik forintban, a biztosított vagy kedvezményezett részére.  
A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához a becsatolt iratokat ellenőrizheti, illetőleg a bejelentett igény elbírálásával összefüggő egyéb iratokat szerezhet be. A lentiékből felsorolt okiratokon kívül a biztosított jogosult a károk és költségek egyéb okmányokkal, dokumentumokkal, illetőleg egyéb módon történő igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

- 13.5. A szolgáltatási igény bejelentése során benyújtandó dokumentumok: Minden biztosítási szolgáltatás iránti igényhez be kell nyújtani a biztosított személyi igazolványának másolatát, valamint az Igénylőlap Baleseti szolgáltatáshoz nyomtatványt kitöltve, a biztosítási esemény részletes leírásával. A szolgáltatási nyomtatványhoz az alábbi dokumentumokat kell csatolni:
- amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntetőeljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll);
  - ittasság, illetve bódító-, kábító- vagy hasonló hatás kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi iratok másolata;
  - közlekedési baleset esetén a biztosított érvényes vezetői engedélyének másolata;
  - az első, akut ellátást igazoló orvosi dokumentum másolata (ennek hiányában a biztosító nem teljesít baleseti szolgáltatást);
  - a kórházi zárójelentés(ek) másolata(i);
  - a kórházi betegellátás során keletkezett iratok hitelt érdemlő másolata(i) a kórházban töltött napok számáraól.
- 13.6. Halál esetén a fentiekben kívül még az alábbi dokumentumok csatolása szükséges:
- a halotti anyakönyvi kivonat másolata;
  - a halottvizsgálati bizonyítvány másolata;
  - külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása;
  - a kedvezményezett jogosultságát igazoló okirat másolata (pl. jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány).

#### 14. Egyéb rendelkezések

- 14.1. A biztosító a biztosítottat kezelőorvosainak az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel a biztosító kockázatalbírási és kárrendezési szerveivel szemben.
- 14.2. A biztosító jogosult az ügyfelek jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény rendelkezései szerint, a Biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni. A biztosító jogosult a számlatulajdonos adatait, valamint bankszámlaszerződéssel kapcsolatos, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges – banktitoknak minősülő – adatokat kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, illetve az ügyfél, számlatulajdonos hozzájárulása alapján kerülhet sor.
- 14.3. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- 14.4. Az ügyfél tájékoztatást kérhet a személyes adatainak kezeléséről, valamint kérheti az adatai helyesbítését, törlését.
- 14.5. A biztosítót a birtokába jutott biztosítási titkok, banktitok tekintetében titoktartási kötelezettség terheli. A biztosító titoktartási kötelezettségére a Bit. 153–161. §-ban foglalt szabályok az irányadók. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító rendelkezésére álló adat, amely a biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 14.6. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni.
- 14.7. A biztosító ügyfeleinek, számlatulajdonosnak azon biztosítási, banktitkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.
- 14.8. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 14.9. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
- a) a feladatkörében eljáró felügyelettel,
  - b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatósággal és ügyszéssel,
  - c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
  - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,

- e) adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelületei feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető hivatallal,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adata névze teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró adatvédelmi biztossal,
- r) a kártörténetre vonatkozó adataira és a bonus-malus besorolásra névze a Bit. 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)–j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A k), l), m) és p) 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.

- 14.10. A biztosító a nyomozóhatóság és a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles tájékoztatást adni, ha adat merült fel arra vonatkozóan, hogy a biztosítási ügylet:
- kábítószerezéssel,
  - terrorcselekménnyel,
  - robbanóanyaggal vagy robbanószerrel visszaéléssel,
  - lőfegyverrel vagy lőszerezéssel visszaéléssel,
  - pénzmosással,
  - bünszövevényben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

#### 15. Jognyilatkozatok

- 15.1. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a szerződőnek, illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a biztosítottnak az általuk megadott és a biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- 15.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatálynak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett.

#### 16. Elévülés

Jelen szerződésből eredő biztosítási igények a káresemény bekövetkezésétől számított 2 év után elévülnek.

#### 17. A kapcsolattartás és az ügyfél-tájékoztatás nyelve

A biztosító és a szerződő kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

#### 18. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadók. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosítottai jogvi-

szonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező magyar bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.

#### 19. Panaszügyintézésre jogosult szervezet

A felmerülő panaszokkal a szerződő, illetve a biztosítottak a biztosító központjához fordulhatnak:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

1082 Budapest, Baross u. 1.

Telefon: (36-1) 486-4200

Vitás kérdések felmerülése esetén:

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

1535 Budapest 114., Pf. 777.

A panasz ügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

**UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**

#### 1. sz. melléklet

Biztosított kockázatok	Bronz	Ezüst	Arany
Baleseti halál	5 000 000 Ft	7 500 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás (az egészségkárosodás mértékének megfelelően a biztosítási összeg arányos része) 31–100%	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti eredetű, 30 napot meghaladó kómás állapot	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés 5–365 napig	5 000 Ft/nap	7 500 Ft/nap	10 000 Ft/nap
Baleseti kórházi ápolás (60 napon túl, egyösszegű térítés)	100 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft
Baleseti műtét			
– I. csoport 100%	500 000 Ft	750 000 Ft	1 000 000 Ft
– II. csoport	250 000 Ft	375 000 Ft	500 000 Ft
– III. csoport	125 000 Ft	187 500 Ft	250 000 Ft
– IV. csoport	100 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft
– V. csoport	50 000 Ft	75 000 Ft	100 000 Ft
Baleseti helyreállító plasztikai műtét			
– I. csoport 100%	1 000 000 Ft	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft
– II. csoport	750 000 Ft	1 125 000 Ft	1 500 000 Ft
– III. csoport	500 000 Ft	750 000 Ft	1 000 000 Ft
– IV. csoport	250 000 Ft	375 000 Ft	500 000 Ft
Egy balesetből eredő			
– Kéz- és lábujjak, kéz- és lábtőcsontok, bordák törése függetlenül azok számától	10 000 Ft	15 000 Ft	20 000 Ft
Egy balesetből eredő			
– 1 végtag vagy			
– vállövi csontok vagy	25 000 Ft	37 500 Ft	50 000 Ft
– lapocka törése			
Egy balesetből eredő			
– 2 végtag együttes törése	50 000 Ft	75 000 Ft	100 000 Ft
Egy balesetből eredő:			
– 4 végtag együttes törése vagy			
– koponya törése vagy	100 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft
– gerincoszlop törése vagy			
– medence törése vagy			
– szegycsont törése			
Baleseti eredetű égés (az égéskárosodás mértékének megfelelően a biztosítási összeg arányos része)	500 000 Ft	750 000 Ft	1 000 000 Ft

#### 2. sz. melléklet

Égési fokozatok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%
	21-30%	15%
	31-50%	30%
	51%-tól	50%
II/1. fokú (felületes mélységű égés)	1-15%	0%
	16-20%	15%
	21-30%	30%
	31-50%	60%
II/2. fokú (átmeneti mélységű égés)	50%-tól	100%
	1-5%	0%
	6-10%	15%
	11-20%	30%
III. fokú (mélyre terjedő égés)	21-30%	60%
	31%-tól	100%
	1-2%	0%
	3-5%	20%
	6-15%	40%
	16-25%	60%
	26%-tól	100%