

Segítség
váratlan
helyzetekben

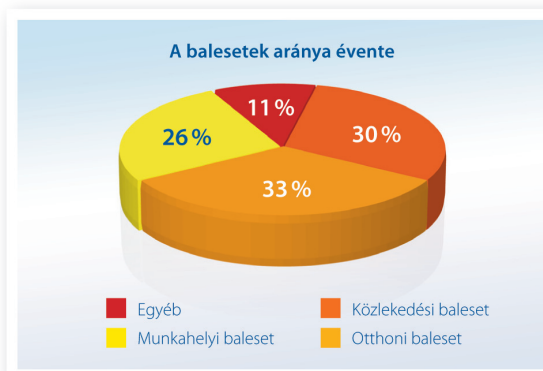
VICTORIA
Balesetbiztosítás

www.volksbank.hu
www.victoria-volksbanken.hu



Hallott-e már róla, hogy évente több mint 80.000 személyi sérüléses baleset történik hazánkban?

- ebből több, mint 24.000 közlekedési baleset
 - melyek közül 1.000 halálos kimenetelű
- közel 26.000 otthoni baleset
 - melyek közül 2.100 halálos kimenetelű
- és több, mint 21.000 munkahelyi baleset
 - melyek közül 2.000 halálos kimenetelű



Nagyon sok ember egzisztenciáját teheti tönkre egy baleset, amelynek következménye lehet:

- azonnali, nagy összegű egészségügyi kiadás;
- megváltozott életvitel;
- keresetkiesés, amely hosszú éveken keresztül is fennállhat.



A következmények enyhítése az Ön kezében van.

A VICTORIA Balesetbiztosítás az alábbi segítséget nyújtja:

- akár 50.000 forintos térítés csonttörés esetén;
- többnapos kórházi kezelés esetén napi térítés az első naptól, akár 185 napon át;
- a 15. táppénzes naptól napi jövedelem kiegészítés, akár 300 napon keresztül;
- maradandó egészségkárosodás esetén progresszív, egyszeri, nagy összegű szolgáltatás;
- azonnali jelentős anyagi segítség a családnak egy váratlan tragédia esetén.



Ügyfélértékelő

A balesetbiztosítási szerződés jellemzőiről a VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt. Általános Balesetbiztosítási Feltételei és a Balesetbiztosítás Különös Feltételei adnak tájékoztatást.

A biztosítási időszakkal és tartással, a kockázatviselés kezdetével, a biztosítási eseménnyel, a díjfizetéssel, a díjmódosítás módjával, idejével, a biztosító szolgáltatásával, annak teljesítési módjával, idejével, a szerződés megszűnésének eseteivel, a szerződés felmondásának feltételeivel, a biztosító mentesülésének feltételeivel, az alkalmazott kizárásokkal, az értékkövetés módjával és mértékével kapcsolatos részletes szabályokat az Általános Balesetbiztosítási Feltételek és a Balesetbiztosítás Különös Feltételei tartalmazzák. A könnyebb tájékozódás érdekében e szabályokra vonatkozó rendelkezéseket szürke háttérrel jelöltük.

Az ügyfelek az esetleges panaszukat a VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt. (a továbbiakban röviden: Biztosító) székhelyén (1074 Budapest, Dohány utca 14.), a központi telefon- illetve faxszámon (06-1-327-0860, fax: 06-1-327-0870), szóban vagy írásban adhatják elő.

Az ügyfelek fordulhatnak még a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez (1013 Budapest, Krisztina körút 39. postacíme: 1535 Budapest, 114. Pf.: 777., tel.: 489-91-00), a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez, a békéltető testületekhez.

A panasz vagy a jogvita rendezésének sikertelensége esetén a bírói út igénybevétele is lehetséges.

A Biztosítót titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésére álló adattal kapcsolatban, amely az egyes ügyfelei személyi körülményeire, egészségi állapotára, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ilyen, biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkör pontosan meghatározva erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

A Biztosító titoktartási kötelezettsége a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló - módosított - 2003. évi LX. törvény előírásai szerint nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletével szemben;
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel;
- c) a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval;
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel szemben;
- e) az adóhatósággal szemben, ha az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozással 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 érdek-képviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítési, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben;

- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal szemben;
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal szemben;
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervvel szemben;
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együtt-biztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal szemben;
- l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval;
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben.

A törvény szerint, ha a fentebb felsorolt szervek közül közigazgatási szervek vagy az igazságszolgáltatás szervei írásbeli megkereséssel fordulnak a Biztosítóhoz, akkor e szerveknek az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját kell megjelölni. A többi szerv vagy személy megkeresése esetén a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját kell megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A Biztosító a nyomozóhatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) kábítószer-kereskedéssel;
- b) terrorizmussal;
- c) illegális fegyver-kereskedéssel vagy
- d) pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A Biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésre is köteles tájékoztatást adni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben, ha az ügyfél ahhoz írásban hozzájárult és a harmadik országbeli adatfeldolgozónál a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg, vagy a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

A Biztosító a továbbított adatokról nyilvántartást vezet.

A Biztosító a feladatai ellátásához jogosult kezelni a biztosított (szerződő, kedvezményezett) személyi adatait, a biztosítási összeget, az egészségi állapottal összefüggő adatokat, a kifizetett biztosítási összeget, a kifizetés idejét, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő valamennyi lényeges tény és körülményt.

A Biztosító köteles a biztosított (szerződő, kedvezményezett) kérésére a Biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni, valamint a biztosított (szerződő, kedvezményezett) által kezdeményezett adathelyesbítést átvezetni.

A Biztosító a biztosítási titoknak minősülő adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, továbbá azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító törölni köteles minden olyan, az ügyfeleivel, a volt ügyfeleivel, létre nem jött szerződésekkel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelésével kapcsolatban az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre.

Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

A balesetbiztosítási szerződésre és az abból fakadó igények érvényesítésére a magyar jog szabályait kell alkalmazni.

Javasoljuk, hogy a biztosítási ajánlat aláírása előtt ismerje meg, gondosan tanulmányozza át a szerződési feltételeinket, szükség esetén kérjen segítséget közvetítőinktől. Tájékoztatjuk, hogy szerződéses jogviszonyunk fennállása alatt az egymáshoz intézett jognyilatkozatok csak írásban érvényesek.

VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt.

Általános Balesetbiztosítási Feltételek

I. Általános rendelkezések

1. A jelen Általános Balesetbiztosítási Feltételekben foglaltak alapján a VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) díjfizetés ellenében az Általános Balesetbiztosítási Feltételekben és a Balesetbiztosítás Különös Feltételeiben meghatározott balesetbiztosítási esemény bekövetkezése esetében a biztosítási szerződésben foglalt szolgáltatást nyújtja.
2. A biztosítóval kötött balesetbiztosításra a jelen Általános Balesetbiztosítási Feltételek, a Balesetbiztosítás Különös Feltételei, a biztosítási szerződés, valamint a mindenkor hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

II. A biztosítási szerződés alanyai

1. A **biztosító** a biztosítási díj megfizetése ellenében viseli a biztosítási kockázatot és vállalja a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítését.
2. A **szerződő** (biztosítást kötő fél) az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz és kötelezettséget vállal a biztosítási díj megfizetésére és aki a biztosítási díjat megfizeti. Szerződő lehet természetes személy, jogi személy, illetőleg jogi személyiség nélküli gazdálkodó szervezet, aki/amely az érdekkörébe tartozó természetes személyre vagy személyek csoportjára a biztosítóval a szerződésben meghatározott feltételek szerint a biztosítást megköti.
3. A **biztosított** az a természetes személy, akinek az életére és egészségi állapotára a biztosítási védelem kiterjed. Amennyiben a szerződő és a biztosított egymástól eltérő személy, akkor a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. A szerződő írásbeli hozzájárulásával a biztosított a szerződésbe bármikor beléphet. A belépésről a biztosított írásban értesíteni kell. A biztosított, mielőtt a szerződés felmondás, vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával a szerződő fél helyébe léphet. Ebben az esetben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított és a szerződő egyetemlegesen felelős.

Nem biztosítható személyek:

Nem köthető biztosítás arra a személyre, aki

- tartósan elvesztette munkaképességét;
- 67% feletti rokkantsági vagy baleseti rokkantsági nyugdíjban részesül;
- súlyos idegrendszeri betegségben szenved (pl.: Parkinson-kór, sclerosis multiplex, Alzheimer-kór, skizofrénia, pánikbetegség);
- pszichiátriai gyógykezelésben részesül;
- hivatásos sportoló;
- alkohol-, gyógyszer-, vagy drogfüggő;
- mindkét szemére vak;
- mindkét fülére halláskárosult;
- AIDS-ben szenved;
- az ajánlattételkor nem keresőképes;
- a 75. életévét betöltötte.

Amennyiben a biztosított a tartam alatt nem biztosíthatóvá válik, a szerződés a nem biztosíthatóságra okot adó körülmény beálltát követő hónap 1. napjával megszűnik.

4. A **kedvezményezett** az a személy, aki a biztosító szolgáltatására

jogosult. A biztosított írásbeli hozzájárulásával a szerződő az ajánlattételkor, illetve a biztosítás tartama alatt bármikor kedvezményezettet jelölhet, valamint azt módosíthatja. Amennyiben a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elhalálozik, a kedvezményezett kijelölése hatályát veszti.

A szerződésben kedvezményezett lehet:

- a) a szerződésben megnevezett személy;
- b) a bemutatóra szóló kötvény birtokosa;
- c) a biztosított örököse, ha kedvezményezettet a szerződésben nem jelöltek, és bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki.

5. A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje a biztosított, amennyiben a szerződésben nem került sor kedvezményezett vagy engedményes megnevezésére. A biztosított halála esetén az engedményes, illetőleg a biztosított örököse(i) minősül(nek) kedvezményezettnek, amennyiben a szerződésben nem került sor kedvezményezett meghatározására vagy ha a kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, illetve ha az érvénytelen.
6. A szerződő a biztosított hozzájárulásával a szolgáltatási összeget **engedményezheti** valamely, a szerződésben meghatározott hitelintézet részére, a szerződőnek e hitelintézettel fennálló jogviszonyából folyó kötelezettsége teljesítésének biztosítékául. A kötelezettség teljesítésén felül fennmaradó összegre nézve más kedvezményezett személy is jelölhető.

III. A szerződés időbeli hatálya

1. A szerződés létrejötte

- 1.1. A biztosítási szerződés megkötésére a szerződő tesz írásbeli ajánlatot a biztosító részére. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító közötti írásbeli megállapodással jön létre. Az írásbeli megállapodást, illetőleg a biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja.
- 1.2. Ha a biztosítási ajánlat megtételekor a szerződő megfizeti az első biztosítási díjnak, illetve a biztosítás egyszeri díjának megfelelő összegű díjat, akkor azt a biztosító kamatmentes előlegként kezeli. Amennyiben a szerződés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. Amennyiben a szerződés nem jön létre, a biztosító az előleget a szerződő részére visszautalja. Amennyiben a felek megállapodása alapján a szerződő az ajánlattételkor az első díjra vonatkozó előleget nem fizeti meg, a biztosító az ajánlattételtől számított 60 napig díjhalasztási engedményt adhat. A biztosító az ajánlatot a díjhalasztási engedménytől függetlenül elbírálja.
- 1.3. Az ajánlat elbírálása során a biztosító a kockázatot elbírálja. Ennek során kérheti a biztosított(ak) egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát illetve a biztosított egyéb írásbeli nyilatkozatát. A biztosítónak jogában áll ellenőrizni az előtte ily módon ismertté vált adatokat.
- 1.4. A biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok az ajánlat, illetőleg a biztosítási szerződés részét képezik. A biztosított köteles a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kitölteni.
- 1.5. A biztosító az ajánlatot annak kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban elutasíthatja. Az elutasítást e határidőn belül kell a szerződő tudomására hozni. Ekkor a biztosítási szerződés nem jön létre, a biztosító az esetleg már előlegként befizetett díjat a szerződőnek 8 napon belül visszafizeti. Az elutasítást a biztosító

nem köteles megindokolni. Az iratok, valamint a biztosító által végeztetett orvosi vizsgálatok leletei a biztosító tulajdonát képezik.

- 1.6. A biztosítási szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító a szerződő ajánlatára 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történő átadás időpontjára visszamenően, az ajánlatnak megfelelő tartalommal jön létre, és a III/2.1. bekezdésben meghatározott időpontban lép hatályba.
- 1.7. Amennyiben a kötvény tartalma eltér az ajánlattól és a szerződő az eltérést a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül nem kifogásolja, akkor a biztosítási szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. A biztosító köteles a kötvény átadásakor az eltérésre a szerződő figyelmét írásban felhívni. Amennyiben a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre. Ha a szerződő az eltérést a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre.
- 1.8. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés eltér a jelen feltételektől, a biztosító az ajánlatnak a biztosító székhelyére való megérkezését követő 15 napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést a jelen feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, a biztosító a szerződést a módosító javaslat kézbesítésétől, illetve a módosító javaslatnak a szerződő általi elutasításától számított 15 napon belül 30 napos felmondási idővel felmondhatja. Ebben az esetben a biztosító a biztosítás díját a szerződőnek visszautalja.

2. A szerződés hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete

- 2.1. A biztosító által nyújtott biztosítási védelem kezdete a biztosítási ajánlaton kockázatviselés kezdeteként megjelölt időpont, feltéve, hogy a szerződő a biztosítás első díját a biztosító számlájára vagy pénztárába befizette, illetőleg a biztosító erre felhatalmazott képviselőjének elismervény ellenében átadja, és a biztosítási szerződés érvényesen létrejön. Az első díj megfizetésére a felek halasztásban állapodhatnak meg. A szerződés hatálybalépésének napja a kockázatviselés kezdetének napjával megegyezik.
- 2.2. A biztosítási ajánlaton feltüntetett kockázatviselési kezdet nem lehet korábbi, mint a biztosítási ajánlatnak a szerződő által történt aláírását követő nap 0.00 órája. A felek ettől eltérő, későbbi kockázatviselési kezdő időpontban is megállapodhatnak.
3. A biztosítás tartama, a biztosítási évforduló
- 3.1. A biztosítási szerződés, ha a felek írásban másként nem állapodnak meg, határozott, egyéves időtartamra jön létre.
- 3.2. A biztosítás automatikusan további egy évre meghosszabbodik, amennyiben egyik fél sem nyilatkozik írásban ettől eltérően a lejárati előtt 30 nappal.
- 3.3. A biztosítási időszak 1 év, ha a felek ettől eltérően nem állapodnak meg. A biztosítási évforduló, amennyiben a kockázatviselés kezdete a hónap első napjára esik, a kockázatviselés kezdetének naptári napjával azonos nap, egyéb esetben az azt követő hónap elseje.

4. A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a szerződésben meghatározott lejáratú időpontban;
- b) a biztosított halála esetén;
- c) a be nem fizetett biztosítási díj esedékességétől számított 30 nap elteltével, amennyiben a biztosító halasztást nem adott, illetve díjkövetelését bírósági úton nem érvényesíti. Ez a határidő további 30 nappal meghosszabbodik, ha a biztosító a szerződőt írásban felszólítja a díj megfizetésére és tájékoztatja, hogy a meghosszabbított határidő eredmény

telen eltelte esetén a szerződés megszűnik;

- d) amennyiben a biztosított a tartam alatt nem biztosíthatóvá válik;
- e) amennyiben a biztosító által megállapított rokkantsági fok a 100 %-ot elérte és a biztosító a szolgáltatást teljesítette;
- f) a jelen Általános Balesetbiztosítási Feltételek V. fejezetének 6. pontjában szabályozott közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén;
- g) felmondással.

IV. A biztosítás területi hatálya

A biztosító kockázatviselése a biztosítás tartamán belül a Földön bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki.

V. A közlési- és változás-bejelentési kötelezettség

1. A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított az ajánlattételkor köteles minden olyan körülményt közölni a biztosítóval, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A felek közlési kötelezettségüknek azzal tesznek eleget, ha a biztosító által írásban feltett kérdésekre a valóságnak megfelelően és hiánytalanul válaszolnak.
2. A változás-bejelentési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt köteles az ajánlatban közölt, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülményekben bekövetkezett változásokat, annak megtörténtétől számított 15 napon belül írásban bejelenteni a biztosítónak. Lényegesnek minősül az a körülmény, amelyet a biztosító a szerződés megkötésekor ekként jelöl meg és amelyekről írásbeli bejelentést kér. Így különösen lényeges körülmény a szerződő és/vagy biztosított neve, lakcíme, székhelye, levelezési címe, a biztosított foglalkozása, sporttevékenysége.
3. A közlési- és változás-bejelentési kötelezettség a szerződőt és a biztosítottat egyaránt terheli.
4. A közlési- és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. A bizonyítás az arra hivatkozó felet terheli.
5. A közlési- és változás-bejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már öt év eltelt.
6. Amennyiben a biztosító a szerződés létrejötte után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülményekben bekövetkezett változásokat a szerződő vagy a biztosított bejelenti, akkor a biztosító a tudomásszerzéstől, illetve a kézhezvételtől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetve amennyiben a jelen Általános Balesetbiztosítási Feltételek vagy a Balesetbiztosítás Különös Feltételei alapján a kockázatot nem vállalhatja, a szerződést 30 napos határidő betartásával írásban felmondhatja. Amennyiben a szerződő nem fogadja el a módosító javaslatot vagy arra 30 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat kézhezvételét követő 30. napon megszűnik.

VI. A biztosítási esemény

1. A jelen Általános Balesetbiztosítási Feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződésben biztosítási esemény a biztosítottat ért baleset.
2. A baleset olyan, a biztosított akaratán kívüli, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következménye a biztosított egészségkárosodása.
3. Balesetnek minősül a jelen feltételek szerint:
 - a) vízbefúlás;
 - b) égés, leforrázás, villámcsapás, vagy elektromos áram által kiváltott hatás;
 - c) gázok vagy gőzök belégzése, mérgező vagy maró hatású anyagok szervezetbe való bekerülése, kivéve, ha ezek a hatások fokozatosan következnek be;
 - d) a végtagon és a gerincoszlopon található izmok, inak, szalagok és hüvelyek szakadása, a tervezett mozgásfolyamattól való hirtelen eltérés következtében.
4. Balesetnek minősül továbbá:
 - a) a gyermekbénulás vagy a kullancscsípés következtében keletkező agyhártya- és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegség szerológiai megállapításra került, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 15. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 15 napon belül lép fel. A betegség kezdetének (a biztosítási esemény időpontjának) azt a napot kell tekinteni, amikor a gyermek-bénulásként, vagy agyhártya- és/vagy agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz;
 - b) a veszettség, amennyiben sor került a betegség megállapítására, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 60. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 60 napon belül lép fel. A betegség kezdetének azt a napot kell tekinteni, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz;
 - c) a tetanuszfertőzés, amennyiben sor került a betegség megállapítására, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 20. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 20 napon belül lép fel. A betegség kezdetének azt a napot kell tekinteni, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
5. A balesetbiztosítási feltétel alkalmazásában:
 - a) munkabaleset a biztosítottat foglalkozása körében végzett munka vagy díjazásért végzett tevékenység közben vagy azzal összefüggésben érő, a társadalombiztosítási és a munkavédelmi jogszabályok szerint munkabalesetnek minősülő esemény;
 - b) úti baleset a biztosítottat a lakóhelyéről a munkahelyre és a munkahelyről a lakóhelyre vezető úton érő baleset, mindkét esetben közvetlen haladással megszakítás nélküli útvonalon.
6. Nem minősülnek balesetnek:
 - a) a megemelése, a rándulás, a patológiás törés, fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a hőguta;
 - b) az emberről vagy állatról áterjedt bakteriális- vagy vírusfertőzés, akkor sem, ha azokat balesetszerű fizikális ok váltotta ki, kivéve, ha a záradékok vagy a Balesetbiztosítási Különös Feltételei másként rendelkeznek;
 - c) a biztosított foglalkozási betegsége (foglalkozási ártalmak);
 - d) az öncsonkítás, az öngyilkosság és ezek kísérlete, akkor sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be;

- e) a betegség, a fertőző betegség pedig nem minősül baleset következményének, kivéve, ha a jelen feltételek ettől eltérően nem rendelkeznek;
- f) a porckorongsérv kialakulása, kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém mechanikus behatás következménye;
- g) a hasi sérv kialakulása, kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém mechanikus behatás következménye.

VII. Kockázatviselésből kizárt események

1. A jelen Általános Balesetbiztosítási Feltételek szerint a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi eseményekre:
 - a) légi járművek használata - ideértve a segédmotoros vitorlázó repülőgépet és olyan ultralight légi járművet, amely személyszállítási felhasználási módra engedélyezett - és ejtőernyős ugrás, kivéve, ha a biztosított utasszállító repülőgép utasaként szenved el a balesetet;
 - b) a biztosított által elkövetett bűncselekmény során elszenvedett baleset;
 - c) háborús cselekménnyel közvetlenül vagy közvetve összefüggő baleset;
 - d) belső zavargással összefüggő baleset, ha a biztosított a rendezvények oldalán lépett fel;
 - e) ionizáló sugárzással vagy atomenergia hatásával összefüggő baleset;
 - f) a biztosítottat ért szívinfarktus, agyvérzés vagy epilepsziás roham következtében fellépő baleset;
 - g) amennyiben a biztosított kábítószer, gyógyszert vagy alkoholt fogyasztott, és ezen szerek lényegesen korlátozták a biztosítottat, tudatzavart, fizikai teljesítőképesség-csökkenést okoztak és ezzel összefüggésben baleset éri;
 - h) amennyiben a biztosított önmagának gyógyeljárást vagy beavatkozást hajt végre, vagy ezen tevékenységek nem orvos általi elvégzésének veti magát alá, és ezzel összefüggésben baleset éri;
 - i) a biztosítottat sportolóként ért baleset.
2. A biztosítottat sportolóként ért balesetnek minősül:
 - a) külön megállapodás hiányában a versenysportolót edzésen vagy bármilyen versenyen való részvétel során ért baleset;
 - b) a gépi erővel hajtott szárazföldi, légi- vagy vízi járművel sportversenyen vagy ilyen versenyre való felkészülés edzésén való részvétel során a biztosítottat ért baleset;
 - c) a sífutás, síugrás, bob és sítob sportág országos vagy nemzetközi versenyén, valamint ilyen versenyre való felkészülés edzésén való részvétel során a biztosítottat ért baleset;
 - d) az UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme) skáláján legalább 4. nehézségi fokot elérő hegy-, jég-, szikla-, gleccser-, szabad-, verseny-, falmászás vagy barlangászás során a biztosítottat ért baleset;
 - e) a lovaspólok, díjugratás, akadálylovaglás, versenylovaglás, tereplovaglás, ügetőverseny és egyéb lovas sportág versenyén, valamint ilyen versenyre való felkészülés edzésén való részvétel során a biztosítottat ért baleset.

VIII. Családi balesetbiztosítás általános feltételei

1. Családi balesetbiztosítás esetén a biztosítási védelem kiterjed az ajánlaton megjelölt főbiztosítottra, annak házastársára vagy élettársára, illetve a vér szerinti, mostoha- vagy adoptált gyermekeire, feltéve, hogy mindannyian a főbiztosítottal egy

háztartásban élnek, a gyermekek 18. életévüket még nem töltötték be és nem rendelkeznek önálló jövedelemmel.

2. Biztosítottak az ajánlaton név szerint feltüntetett személyek minősülnek. Amennyiben a tartam során a biztosított személyek köre változik, úgy azt írásban be kell jelenteni a biztosítónak.
3. A családi balesetbiztosítás a biztosítottakra nézve azonos biztosítási összegeket tartalmaz. A biztosított kockázatokon belüli korlátozásokat a Balesetbiztosítás Különös Feltételei tartalmazzák.

IX. Csoportos balesetbiztosítás általános feltételei

1. A biztosítottak körét a szerződő határozza meg.
2. A csoportos balesetbiztosítás esetén a biztosítottak a szerződés megkötéséhez hozzájáruló nyilatkozatot tesznek. A felek megállapodása alapján a szerződés a biztosítottak egészségi nyilatkozatával, orvosi vizsgálatával vagy ezek nélkül jöhet létre.
3. A jognyilatkozatokat a szerződőhöz kell intézni, a szerződő pedig köteles a megfelelő jognyilatkozatok megtételére, a biztosítottak tájékoztatására.
4. A csoportos balesetbiztosítás a biztosított csoportokra nézve azonos szolgáltatásokat és biztosítási összegeket tartalmaz.
5. Az tekinthető biztosítottak, akire nézve ajánlatot tettek, a szerződés megkötésekor biztosítható volt és a biztosítottak névsorában szerepel. A biztosítottak listáját, a hozzájáruló nyilatkozatokat a szerződő kezeli és szükség esetén a biztosító rendelkezésre bocsátja.
6. Új biztosítottat a tartam alatt bármikor be lehet jelenteni. Ellenkező megállapodás hiányában az új biztosított tekintetében a biztosító kockázatviselésének kezdete a nyilatkozat biztosított általi aláírását követő nap 0.00 órája.
7. Csoportos balesetbiztosítási szerződést a szerződő írásban benyújtott ajánlattal és a baleseti kockázat elbírálásához szükséges, a biztosító által igényelt iratokkal kezdeményezi.
8. A biztosítási díjat a biztosítottak életkora, neme, foglalkozása vagy tevékenysége, illetve a szerződő tevékenységének veszélyosztályba sorolásával, a kedvezmények és pótlékok alapján a biztosító állapítja meg. A szerződő, illetőleg a biztosítottak által végzett tevékenység alapján a biztosító pótlékokat állapíthat meg. A felek megállapodása szerint a szerződő tartam-, illetőleg létszámkedvezményben részesülhet.
9. A biztosítottak számának évközi változása követéséről szerződő felek a biztosítási szerződésben állapodnak meg. Ellenkező megállapodás hiányában a biztosítottak létszámának az adott biztosítási év alatti, illetőleg egy évnél rövidebb szerződés esetében a szerződés tartama alatti változásából eredő díjkülönbözetet a felek utólag, a biztosítási évfordulót követő, illetőleg a szerződés lejártát követő 30 napon belül számolják el.

X. A biztosítási díj

1. A biztosítási díj megállapítása, a biztosított belépéskori életkora
 - 1.1. A biztosítási díj a biztosító által vállalt kockázatviselés ellenértéke.
 - 1.2. A biztosítási díj a biztosított neme, belépéskori életkora, foglalkozása, tevékenysége, egészségi állapota, a biztosítás időtartama és a biztosítási összeg alapján kerül meghatározásra. Fokozott kockázat esetén pótdíj vagy speciális feltételek kerülhetnek meghatározásra.
 - 1.3. A belépéskori életkor a kockázatviselés kezdetének naptári éve és a biztosított születési éve közötti különbség.
 - 1.4. Amennyiben a biztosítónak tévesen adták meg a felek a biztosított születési évszámát, vagy a biztosítási kockázatviselés szempontjából lényeges adatot, és ezért alacsonyabb biztosítási díj

megállapítására került sor, a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított tényleges belépési életkorának, illetőleg a kockázat tényleges veszélyességének és a ténylegesen befizetett díjnak megfelelő szolgáltatást teljesíti a biztosító. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, akkor a biztosító a díjtöbbletet visszafizeti a szerződőnek.

- 1.5. Amennyiben a biztosított tényleges születési évszáma alapján a szerződés nem jöhetett volna létre, akkor a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, a szerződés megszűnik és a biztosító a befizetett díjat a költségeivel csökkentetten 15 napon belül visszafizeti a szerződőnek.
2. A biztosítási díj megfizetése
 - 2.1. A biztosítási szerződés egyszeri- vagy éves folyamatos díjfizetésű. A biztosítási évre meghatározott folyamatos díj havi, negyedéves vagy féléves gyakorisággal is megfizethető a díj nagyságának függvényében.
 - 2.2. A díjfizetési gyakoriságot a szerződő az ajánlatban jelöli meg. A szerződő a biztosítási tartam alatt írásban kérheti a díjfizetési gyakoriság módosítását.
 - 2.3. A felek eltérő megállapodása hiányában a díjfizetés kezdete a biztosítási kötvényben feltüntetett időpont.
 - 2.4. Az egyszeri-, valamint az éves folyamatos díjfizetés esetén az első biztosítási díj a szerződés létrejöttékor esedékes. Minden későbbi díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre az vonatkozik.
 - 2.5. A szerződő azon a napon teljesíti a díjfizetési kötelezettségét, amikor a biztosító képviselőjének készpénzben megfizette, illetve, amikor a szerződő által megfizetett díj a biztosító számlájára megérkezik.
3. Díjfizetési késedelem
 - 3.1. Amennyiben a szerződő nem fizeti meg az esedékes díjat és a felek a díjfizetés tekintetében halasztásban nem állapodnak meg, illetve a biztosító díjkövetelését bírósági úton nem érvényesíti, a biztosító az első elmaradt díj esedékességétől számított 30 napig viseli a kockázatot.
 - 3.2. Amennyiben a szerződő az esedékességtől számított 30 napon belül nem fizeti meg a biztosítási díjat, ezen határidő leteltével a szerződés megszűnik, kivéve, ha a biztosító a jelen feltételek III./4./c. pontja szerint a határidőt további 30 nappal meghosszabbítja.
 - 3.3. Ha azon idő alatt következik be biztosítási esemény, amíg a biztosító a kockázatot viseli, a biztosító a teljesítendő szolgáltatásból levonja a meg nem fizetett biztosítási díjat.
 - 3.4. A díj nemfizetése miatt megszünt biztosítási szerződést a biztosítási díj utólagos befizetése nem hozza újból létre. A biztosító köteles az utólag befizetett díj visszafizetésére.
 - 3.5. A díj nemfizetése miatt megszünt biztosítási szerződést az eredeti feltételeknek megfelelően újból hatályba léptetni nem lehet.

XI. Értékkövetés (indexálás)

1. Jelen feltételek III./3./2. pontja alapján a biztosítási szerződés évente automatikusan meghosszabbodik további egy évre, amennyiben egyik fél sem nyilatkozik ettől eltérően a lejárat előtt 30 nappal. Az automatikus meghosszabbodással egyidejűleg a biztosító írásban felajánlja a szerződőnek az értékkövetés lehetőségét.
2. Az értékkövetés a biztosítási díjnak és a biztosítási összegnek - a kárgyakoriságtól függetlenül - az árszínvonal változásához évente egy alkalommal történő hozzáigazítása.
3. A szerződő évente - a biztosítási évfordulón - a biztosító által felajánlott mértékkel növelheti szerződésének biztosítási összegét. Szerződő az értékkövetést az ajánlattételkor vagy a tartam alatt bármikor választhatja.

4. A biztosítási összeg emelésével egyidejűleg nőnek a biztosítási díjak is. A biztosító a biztosítási összeg emelését követően tájékoztatja a szerződőt az új biztosítási összegnek megfelelő biztosítási díjról.
5. A biztosító bizonyos biztosítási összeg elérésénél orvosi vizsgálatot kérhet. Az orvosi vizsgálat eredményeként a díjemelési igényt a vizsgálati eredmények biztosítóhoz történő beérkezését követő 15 napon belül a biztosító elutasíthatja.
6. Az értékkövetés alapjául az indexálás időpontjában a Központi Statisztikai Hivatal által kiadott fogyasztói árindexben közzétett mutatószámok szolgálnak. Amennyiben a fogyasztói árindex valamely évben 4 %, vagy annál kevesebb, a biztosító abban az évben 4 % értékkövetést ajánl fel.
7. Egyszeri díjas szerződéseknél, valamint azoknál a szerződéseknél, melyekre a szerződőnek már díjfizetési kötelezettsége nincs, az értékkövetés nem alkalmazható.
8. A szerződő a biztosító értékkövetésre vonatkozó ajánlatát annak kézhezvételét követő 30 napon belül írásban elutasíthatja. Amennyiben a szerződő a határidőn belül írásban elutasítja a módosítási javaslatot, a biztosítási szerződés az utoljára érvényes feltételekkel marad fenn. Amennyiben a szerződő elfogadja a módosító javaslatot, a biztosítási szerződés a következő biztosítási év kezdetétől a biztosító által tett módosításokkal lép hatályba.

XII. A biztosítási szolgáltatás

1. A biztosítási szolgáltatás teljesítése
 - 1.1. A biztosító a biztosítási szerződéssel kötelezettséget vállal arra, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén teljesíti a biztosítási szerződésben, illetve a Balesetbiztosítás Különös Feltételeiben meghatározott szolgáltatást.
 - 1.2. A biztosító teljesítése akkor esedékes, amikor a baleset következtében előálló, a jelen feltételben, a Balesetbiztosítás Különös Feltételeiben, valamint a záradékokban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezik.
 - 1.3. A biztosító összességben teljesíti a biztosítási szolgáltatást.
 - 1.4. Amennyiben a Balesetbiztosítás Különös Feltételei ettől eltérően nem rendelkeznek, a biztosító a szolgáltatást az igény elbírálásához szükséges valamennyi irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti a jogosult személy címére vagy bank-számlájára. Amennyiben a biztosító által kért dokumentumokat felkérés ellenére nem vagy csak hiányosan nyújtják be, a biztosító a rendelkezésére álló iratok alapján dönt a szolgáltatási igényről.
2. A biztosítási esemény bejelentése és a teljesítéshez szükséges dokumentumok
 - 2.1. Amennyiben a Balesetbiztosítás Különös Feltételei ettől eltérően nem rendelkeznek, a biztosítási eseményt annak megtörténtétől számított 8 napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónak.
 - 2.2. A biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben e határidőt a felek elmulasztják, vagy késedelmesen történik a bejelentés és emiatt a biztosítási esemény megítélése szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
 - 2.3. A biztosított baleset bekövetkeztekor köteles a a bekövetkezett biztosítási esemény következményeit tőle telhető módon enyhíteni. Haladéktalanul köteles orvoshoz fordulni, orvosi segítséget igénybe venni.
 - 2.4. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a Balesetbiztosítás Különös Feltételei tartalmazzák.

XIII. Mentesülés

1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól,
 - a) amennyiben a biztosítási esemény a kedvezményezett

- szándékos magatartása, vagy a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása következtében történt;
 - b) amennyiben a biztosított a baleset bekövetkeztét követően orvosi segítséget nem, vagy nem haladéktalanul vesz igénybe, illetőleg, ha nem veti magát alá a szakszerű orvosi kezelésnek.
2. Súlyos gondatlanságnak minősül, ha:
 - a) a baleset időpontjában a biztosított ittas állapotban volt és ez a körülmény hozzájárult a baleset bekövetkeztéhez. Ittas állapotnak minősül a 2,5 ezrelék feletti, gépjárművezetés esetén a 0,8 ezrelék feletti véralkohol szint;
 - b) a biztosítási esemény kábítószer-fogyasztás, illetve kábító hatású szerek hatása alatt következett be, kivéve, ha az utóbbit a kezelőorvos utasítására rendeltetesszerűen szedte;
 - c) az adott gépjárműkategóriára érvényes jogosítvány nélkül vezetett gépjárművet.
 3. Az V. fejezet alapján a biztosító mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség alól, amennyiben a szerződő vagy a biztosított a változás-bejelentési kötelezettségének nem tett eleget.
 4. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a biztosítottat ért munkahelyi baleset arra vezethető vissza, hogy a biztosított a munkavédelmi előírásokat megszegte.
 5. Fenti körülmények bizonyítása azt a felet terheli, aki azokra hivatkozik.

XIV. Személyes adatok kezelése

1. A biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX törvény 155. §-a értelmében a biztosító, a biztosításközvetítő biztosítási titokként köteles kezelni a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett által bármilyen formában megadott személyes adatot, valamint a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással összefüggő, törvényben rögzített adatokat.
2. A biztosító titoktartási kötelezettsége az irányadó törvény alapján nem áll fenn az Ügyféltájékoztatóban felsorolt esetekben.

XV. Vegyes és záró rendelkezések

1. A biztosítási szerződésből eredő követelések az esedékességtől számított két év után évülnek el. Az elévülési idő leteltével a biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.
2. A nyilatkozatokra vonatkozó szabályok:
 - a) szerződő felek nyilatkozatainak érvényességéhez írásbeli alak szükséges. A szóbeli közlések nem hatnak ki a szerződés tartalmára, hatályára, vagy érvényességére;
 - b) amennyiben a biztosító valamely nyilatkozatot a szerződő, a biztosított vagy a szerződés egyéb jogosultja részére, annak utolsó ismert címére ajánlott levélben küld el, akkor ez a címzett címére történő megérkezéskor minősül kézbesítettnek.
3. A biztosítási kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító a szerződő kérésére tartalmában az eredeti kötvénnyel megegyező új biztosítási kötvényt állít ki, "másodlat" megjelöléssel.
A másodlat kiállításával összefüggő költségek a kérelmezőt terhelik.
4. A jelen biztosítási feltételek értelmében:
 - a) hivatásos (profi) sportolónak minősül az, aki sport-szervezettel munkaviszony, vagy egyéb kereső tevékenységre irányuló jogviszony keretében, vagy egyéni vállalkozóként jövedelemszerzés céljából sporttevékenységet végez és a sportági, szakmai egyesület, illetve a

sportegyesület feltételeinek megfelelően megszerzett hivatásos (profí) sportolói engedéllyel rendelkezik;

- b) versenysportolónak minősül az, aki nem hivatásos (nem profí) sportolóként végzi a sporttevékenységet, feltéve, hogy versenyeken (bajnokságokon, mérkőzéseken) is részt vesz, a verseny jellegétől függetlenül;
- c) szabadidős sportoló, aki nem hivatásos (profí) sportolóként, és nem versenysportolóként végzi sporttevékenységét;
- d) háborúnak minősül a háború (hadüzenettel vagy anélkül), a

határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, a törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, a népi megmozdulás, az idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), a kommandótámadás, a terrorcselekmény. Kommandótámadás és terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.

Balesetbiztosítás Különös Feltételei

I. Általános rész

1. A VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt. díjfizetés ellenében a Balesetbiztosítás Különös Feltételei alapján a biztosítási szerződésben leírt biztosítási szolgáltatást nyújtja.
2. A jelen feltételben nem részletezett kérdésekben a biztosító Általános Balesetbiztosítási Feltételei és a Ptk. rendelkezései irányadóak.
3. A biztosító kockázatviselése a II. pontban felsorolt biztosított kockázatok közül kizárólag csak azokra terjed ki, melyeket a biztosítási ajánlaton és a biztosítási kötvényen megjelöltek. A szolgáltatás további bővítésére és szűkítésére vonatkozó rendelkezéseket a jelen feltétel záradékai tartalmazzák. A záradékok szerinti megállapodás csak akkor érvényes, ha arról a felek megállapodtak és ez a biztosítási ajánlaton és a kötvényen szerepel.

II. Biztosított kockázatok

Baleseti halál

1. A biztosító szolgáltatása
 - 1.1. A biztosító a biztosítási szerződésben baleseti halál esetére meghatározott biztosítási összeget teljesíti a szerződésben megjelölt kedvezményezettnek, ha a biztosított a kockázatviselés időtartama alatt elszenvedett biztosítási eseménynek minősülő balesettől számított egy éven belül a balesettel okozati összefüggésben meghal.
 - 1.2. Családi balesetbiztosítás esetén gyermek elhalálozásakor a biztosító szolgáltatása a temetés számlával igazolt költségének megtérítésére, de legfeljebb 500.000 Ft-ig terjed.
2. A biztosító teljesítésének feltételei
 - 2.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény megtörténtétől számított 15 naptári napon belül kell írásban bejelenteni a biztosítónak.
 - 2.2. A szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítóhoz benyújtani:
 - a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
 - b) a biztosítási kötvényt;
 - c) halotti anyakönyvi kivonatot, halotti bizonyítványt;
 - d) a baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumokat, leleteket;
 - e) a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges dokumentumot (baleseti jegyzőkönyvet, rendőrségi határozatot, jogerős bírói határozatot);
 - f) a kedvezményezett azonosításához szükséges iratokat;
 - g) hagyatékátadó végzést vagy örökösödési bizonyítványt.

A biztosító bekérhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és funkciósökkenés

1. A biztosító szolgáltatása
 - 1.1. A biztosító a biztosítási szerződésben baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és funkciósökkenés (továbbiakban együttesen: maradandó egészségkárosodás) esetére meghatározott biztosítási összeg egészségkárosodás mértékének megfelelő részét teljesíti a szerződésben megjelölt kedvezményezettnek, amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama

alatt elszenvedett, biztosítási eseménynek minősülő balesettől számított két éven belül, a balesettel okozati összefüggésben maradandó egészségkárosodást vagy funkciósökkenést szenved el.

- 1.2. Maradandó egészségkárosodásnak a szokásos életvitelt korlátozó mértékű, csökkent testi és /vagy szellemi működőképesség tekintendő.
- 1.3. A maradandó egészségkárosodás mértéke véglegesen akkor állapítható meg, ha a biztosított egészségi állapota orvosi szempontból egyensúlyba kerül és stabilnak mondható. Maradandó egészségkárosodás megállapításánál nem irányadó a biztosított munkaképességének változása és/vagy az a körülmény, hogy már nem képes egy adott sporttevékenységet folytatni.
A baleset következtében fellépő hátrányos esztétikai következmények és egyéb (pl. szociális, anyagi) hátrányok nem adnak alapot a biztosítási szolgáltatásra.
- 1.4. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító állapítja meg, az független egyéb intézmény(ek) vagy a társadalombiztosító által megállapított mértéktől.
Az egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek és érzékszervek károsodása

- | | |
|---|------|
| a) egyik felső végtag vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 70% |
| b) egyik felső végtag könyökizület felett való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 65% |
| c) az egyik felső végtag könyökizület alatti vagy az egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 60% |
| d) egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 20% |
| e) egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 10% |
| f) bármely más ujj elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 5% |
| g) egyik alsó végtag csípőizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 70% |
| h) egyik alsó végtag részleges amputációja vagy a térdizület teljes működésképtelensége | 60% |
| i) alsó lábszár vagy egyik lábfej teljes amputációja | 50% |
| j) egyik lábfej boka szintjében való teljes működésképtelensége vagy teljes elvesztése | 30% |
| k) egy nagylábujj teljes működésképtelensége vagy teljes elvesztése | 5% |
| l) bármelyik másik lábujj működésképtelensége vagy teljes elvesztése | 2% |
| m) mindkét szem látóképességének elvesztése | 100% |
| n) egyik szem látóképességének elvesztése | 35% |
| o) egyik szem látóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette | 65% |
| p) mindkét fül hallóképességének elvesztése | 60% |
| q) egyik fül hallóképességének elvesztése | 15% |
| r) egyik fül hallóképességének elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette | 45% |
| s) szaglóérzék elvesztése | 10% |
| t) ízlelőérzék elvesztése | 5% |

- 1.5. Az előző pontban felsorolt testrészek és szervek részleges elvesztése esetén az előző pont szerinti százalékos mértékek arányosan kerülnek megállapításra. Az alsó és felső végtagok korlátozott működésképesége, az érzékszervek részleges károsodása esetén a biztosító a funkciócsökkenéssel arányosan alkalmazza a teljes végtagra vagy érzékszervre vonatkozó százalékos mértéket.
- 1.6. A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa állapítja meg a bekövetkező funkciócsökkenés alapján, amennyiben annak mértéke az 1.4. pontban meghatározottak alapján nem állapítható meg.
- 1.7. A biztosító a maradandó egészségkárosodás megállapításakor a károsodás fokából kizárja a már korábban károsodott szerveket, testrészeket; a megállapított egészségkárosodás mértékéből levonja a korábbi károsodás mértékét.
- 1.8. A biztosítási szolgáltatás nem haladhatja meg a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget.
- 1.9. Maradandó egészségkárosodási igény már nem terjeszthető elő, amennyiben a biztosított a baleset bekövetkezésétől számított egy éven belül a baleset következtében elhalálozik.
- 1.10. A biztosító az egészségkárosodás mértékét a hozzá benyújtott utolsó orvosi leletek alapján állapítja meg, amennyiben a baleset bekövetkezésétől számított egy év eltelt és a biztosító az egészségkárosodási mértéket még nem állapította meg, továbbá a biztosított a baleset következtében elhalálozik.
- 1.11. A biztosított kérheti a biztosítótól, hogy a baleset alapján őt megillető minimális összeget fizesse ki, amennyiben a biztosító már megállapította a szolgáltatási kötelezettségét, de a károsodás foka még nem tisztázható.
- 1.12. Maradandó egészségkárosodás esetén:
 - a) a maradandó egészségkárosodási igény mértékének megállapításakor a biztosító akkor veszi figyelembe a korábbi egészségkárosodás fokát, ha a balesettel érintett testrész vagy szerv azonos. A biztosító az előzetesen fennálló egészségkárosodást a 1.4. - 1.6. pontok szerint állapítja meg;
 - b) idegrendszeri zavar esetében a biztosító akkor teljesít, ha az idegrendszeri zavar a baleset által okozott szervi károsodásra vezethető vissza. Lelki eredetű zavarok (neurózis, pszicho-neurózis) a jelen feltételek szerint nem baleseti következményűek;
 - c) porckorongsérv esetében a biztosító abban az esetben teljesít, ha a porckorongsérv a gerincoszlopot ért közvetlen mechanikai hatásra vezethető vissza és nem a balesetet megelőzően már fennállt tünetek rosszabbodtak;
 - d) bármilyen hasi sérv vagy lágyéksérv esetében a biztosító akkor teljesít, ha azt hirtelen fellépő, külső mechanikus hatás okozta.
- 1.13. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke nem állapítható meg egyértelműen, a biztosított és a biztosító is jogosult arra, hogy kérje az egészségkárosodás mértékének újbóli megállapítását a baleset megtörténtétől számított két éven belül.
2. A biztosító teljesítésének feltételei
- 2.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény megtörténtétől számított 15 naptári napon belül kell írásban bejelenteni a biztosítónak.
- 2.2. A szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítóhoz benyújtani:
 - a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
 - b) a baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumokat, leleteket;

- c) a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges dokumentumokat (baleseti jegyzőkönyvet, rendőrségi határozatot, jogerős bírói határozatot).

- 2.3. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet.

Baleseti kórházi napidíj

1. A biztosító szolgáltatása

- 1.1. A biztosító a biztosítási szerződésben baleseti kórházi napidíjként meghatározott biztosítási összeget teljesíti a szerződésben megjelölt kedvezményezettnek, ha a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, egy napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul a biztosítási eseménynek minősülő baleset következtében a balesetet követő két évben. (Egy napot meghaladó kórházi kezelés, ha a kórházba történő felvétel és a kórházból történő elbocsátás eltérő naptári napra esik). A biztosítási esemény a kórházba történő felvétellel kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentésben meghatározott dátummal végződik.

- 1.2. Kórháznak minősülnek a fekvőbeteg szakellátás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatók (fekvőbeteg gyógyintézetek).

1.3. Nem terjed ki a biztosítási védelem:

- tudóbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok;
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok;
- fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásra.

- 1.4. A biztosító mindazon napok közül, amelyen a biztosított baleset miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül, a baleset napjától számított két éven belül maximum 185 napra a hatályos biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeget teljesít.

- 1.5. Több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is a biztosító szolgáltatása két éven belül összesen 185 napra korlátozódik.

2. A biztosító teljesítésének feltételei

- 2.1. A szolgáltatási igényt a kórházi ellátás befejezését követő 15 naptári napon belül kell írásban bejelenteni a biztosítónak.
- 2.2. A szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítóhoz benyújtani:
 - a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
 - b) kórházi zárójelentés másolatát;
 - c) amennyiben készült, baleseti jegyzőkönyvet, illetve rendőrségi jegyzőkönyv másolatát.
- 2.3. A biztosító bekérhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

Csonttörés

1. A biztosító szolgáltatása

A biztosító a biztosítási szerződésben csonttörésre meghatározott biztosítási összeget teljesíti - a törések számától függetlenül - a szerződésben megjelölt kedvezményezettnek, ha a biztosított a biztosítási eseménynek minősülő baleset következtében csonttörést vagy csontrepedést szenved. Jelen feltételek szempontjából a fogtörés, a porcsérülés és a szalagszakadás nem minősül csonttörésnek.

2. A biztosító teljesítésének feltételei

- 2.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 15 naptári napon belül kell írásban bejelenteni a biztosítónak.

- 2.2. A szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítóhoz benyújtani:
- a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő;
 - b) a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata;
 - c) amennyiben készült, baleseti jegyzőkönyvet, illetve rendőrségi jegyzőkönyv másolatát.
- 2.3. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet.

Baleseti keresőképtelenség napidíja

1. A biztosító szolgáltatása
- 1.1. A biztosító a biztosítási szerződésben baleseti keresőképtelenség napidíjaként meghatározott biztosítási összeget teljesíti a szerződésben megjelölt kedvezményezettnek, ha a biztosított a biztosítási eseménynek minősülő baleset következtében a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.
- 1.2. A folyamatos keresőképtelenség első 14 napjára a biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész).
- 1.3. A biztosító a biztosítási kötvényben meghatározott biztosítási összeget teljesíti a keresőképtelenség 15. napjától minden naptári napra, amelyen a biztosított baleset miatt orvosi indokolt keresőképtelen állományban van, a baleset napjától számított két éven belül legfeljebb összesen 300 napra.

1.4. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb összesen 300 napra teljesít szolgáltatást.

1.5. Családi balesetbiztosítás esetén jelen szolgáltatás csak a főbiztosítottra terjed ki.

2. A biztosító teljesítésének feltételei

- 2.1. A szolgáltatási igényt először az önrész leteltétől számított 15 naptári napon belül, majd ezt követően 14 napos időközönként kell írásban bejelenteni a biztosítónak.
- 2.2. A szolgáltatás teljesítéséhez a következő iratokat kell a biztosítóhoz benyújtani:
- a) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
 - b) a keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatványok másolatát;
 - c) ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentést;
 - d) baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben készült ilyen;
 - e) hatósági eljárás esetén az eljárást lezáró jogerős határozatot;
 - f) a nyomozást megszüntető jogerős határozatot vagy vádiratot;
 - g) továbbá minden olyan dokumentum vagy egyéb adatot, mely a biztosítási esemény, illetve a biztosító fizetési kötelezettségének tisztázásához elengedhetetlenül szükséges.
- 2.3. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet.

Záradékok

2499 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás progresszív szolgáltatással

Ezen záradék keretében a biztosítási kötvényen maradandó baleseti eredetű egészségkárosodásra megjelölt biztosítási összeg alapján a biztosító progresszív szolgáltatást teljesít. Progresszív szolgáltatás esetében a biztosító által meghatározott egészségkárosodási fok alapján

- 1-20% közötti rokkantsági fok esetében a biztosítási összeg rokkantsági foknak megfelelő százalékát;
- 21-40% közötti rokkantsági fok esetén a biztosítási összeg 20%-át és a 20%-on felüli rész kétszeresének megfelelő %-nyi részt;
- 41-60% közötti rokkantsági fok esetén a 40 %-os rokkantsági fokra a b) pont szerinti összeget és a 40%-on felüli rész háromszorosának megfelelő %-nyi részt;
- 61-80% közötti rokkantsági fok esetén a 60 %-os rokkantsági fokra a c) pont szerinti összeget és a 60%-on felüli rész négyszeresének megfelelő %-nyi részt;
- 81-99% közötti rokkantsági fok esetén a 80 %-os rokkantsági fokra a d) pont szerinti összeget és a 80%-on felüli rész hatszorosának megfelelő %-nyi részt;
- 100% rokkantság esetén a biztosítási összeg 400%-át teljesíti a biztosító.

A progresszív szolgáltatás alapján járó biztosítási összeg a kötvény szerinti biztosítási összeg 400%-át nem haladhatja meg.

A progresszív szolgáltatásra való jogosultság előfeltétele, hogy a baleset bekövetkezése évében a biztosított legfeljebb a 65. életévét töltse be. Amennyiben a biztosított ezen életkort betöltötte, a fenti többszörös szolgáltatás a biztosítottat nem illeti meg, a biztosító ezzel egyidejűleg a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget 17 %-kal megnöveli, majd a megnövelt biztosítási összeg egészségkárosodás mértékével megegyező részét teljesíti.

2500 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodási szolgáltatás 30%-os egészségkárosodási foktól

Ezen záradék keretében a biztosítási szerződés egyéb részeinek változatlan érvényben maradása mellett baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra a biztosító nem teljesít szolgáltatást, amennyiben a biztosított maradandó baleseti egészségkárosodásának mértéke nem éri el a 30 %- ot.

2501 Búvár záradék

Ezen záradék keretében a felek megállapodnak, hogy a biztosítási szerződés egyéb feltételeinek változatlanul hagyásával, a biztosító pótdíj megfizetése nélkül az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén kiterjeszti a biztosítási védelmet a biztosított hobby búvár tevékenységével összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre, amennyiben a biztosított:

- az engedélyében meghatározott merülési mélységet nem lépi túl és
- a merüléseket legalább egy kíséreléssel végzi és
- nem végez veszélyes merüléseket (mint pl. roncsbúvárkodás, barlangbúvárkodás, jégbúvárkodás, folyami búvárkodás, éjszakai búvárkodás) és
- nem búvároktatóként végzi tevékenységét és
- nem főállásban vagy mellékállásban búvárokszik és
- mind a biztosított, mind a kísérő személy minden, az általuk gyakorolt tevékenység végzéséhez szükséges engedélyekkel rendelkezik.

Amennyiben a biztosított a búvártevékenysége során a fentiek bármelyikét nem tartja be, úgy a biztosító mentesül fizetési kötelezettsége alól.

Változásbejelentő / Módosítási kérelem

Szerződő adatai: Név:
Szül. idő:
Anyja neve:

Az alábbi változtatásokat, illetve módosításokat kérem:
(A megfelelőt kérjük X-szel jelölni)

Lakcímváltozás		☐ igen ☐ nem	Új cím:
Névváltozás (Személyi igazolvány másolatát kérjük mellékelni!)		☐ igen ☐ nem	Új név:
Módosítás típusa:	Kötvényszám		Mire módosuljon?
Díjfizetés módjának változtatása (Csoportos beszédés esetén kérjük, hogy a „Felhatalmazás Csoportos Beszédési Megbízás Teljesítésére” című nyomtatványt is kitölteni szíveskedjék!)		☐ igen ☐ nem	☐ csekk ☐ csoportos beszédés ☐ átutalás
Fizetési gyakoriság módosítása		☐ igen ☐ nem	☐ éves ☐ féléves ☐ negyedéves ☐ havi
Biztosítás tartamának módosítása		☐ igen ☐ nem	 évről - évre évről - évre
Biztosítási összeg módosítása		☐ igen ☐ nem	☐ csökkentés ☐ növelés Új összeg: ☐ csökkentés ☐ növelés Új összeg:

Dátum:

.....
Szerződő aláírása

.....
Biztosított aláírása

Adatlap kedvezményezett jelölésére

Szerződő adatai: Név:
Szül. idő:
Anyja neve:

Kötvényszám
vagy ajánlat aláírásának dátuma:

Biztosítási módozat: Balesetbiztosítás

Kedvezményezett jelölése a biztosított életében esedékes szolgáltatásokra

1. Kedvezményezett	Kedvezményezettség aránya: %
Név:	
Születéskori név:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	
2. Kedvezményezett	Kedvezményezettség aránya: %
Név:	
Születéskori név:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	

Kedvezményezett jelölése a biztosított elhalálozása esetére

1. Kedvezményezett	Kedvezményezettség aránya: %
Név:	
Születéskori név:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	
2. Kedvezményezett	Kedvezményezettség aránya: %
Név:	
Születéskori név:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	

Dátum:

.....

Szerződő aláírása

.....

Biztosított aláírása

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ LAP BALESETBIZTOSÍTÁSOKHOZ

Kötvényszám:

Kárszám (Biztosító tölti ki):

Biztosított adatai	Neve: (nőknél leánykori név is)	Szül. dátum:
	Lakcíme:	Anyja neve:

Baleset körülményei:	Baleset helye:	Baleset időpontja:
	Elhalálozás időpontja és helye (amennyiben a biztosított a baleset következtében elhalálozott):	
	Baleset részletes leírása (hol, hogyan történt a baleset):	
	A balesettel kapcsolatban az első kezelésben hol és mikor részesült (orvos, szakrendelés, kórház neve és címe)?	
	Történt-e rendőrségi vagy egyéb hatósági intézkedés a balesettel kapcsolatban? ☐ igen ☐ nem	Történt-e véralkohol vizsgálat? ☐ igen (eredménye:.....) ☐ nem
	A jelenleg sérült testrész a mostani balesetet megelőzően betegség vagy baleset miatt sérült volt-e már? ☐ igen ☐ nem	

Bejelentő adatai: (ha eltér a biztosított személytől)	Neve:	Telefonszáma:
	Címe:	Milyen minőségben teszi a bejelentést? Az igénybejelentő elhunytal való rokoni (vagy egyéb) kapcsolata:

Balesetbiztosítási szolgáltatás igényléséhez minden esetben kérjük csatolni az alábbi iratokat:

- rendőrségi vagy hatósági intézkedés jegyzőkönyve, ha készült ilyen,
- véralkohol vizsgálat eredménye, ha készült.

Balesetbiztosítási szolgáltatás igénylésének jellege: (kérjük X-szel jelölni)	Az alább megjelölt iratokat, dokumentumokat kérjük csatolni az igényelt szolgáltatás jellegének megfelelően:	A csatolt dokumentumokat kérjük X-szel jelölni!
☐ Csonttörés	- röntgen lelet	☐
☐ Baleseti kórházi napidíj	- kórházi zárójelentés	☐
☐ Baleseti keresőképtelenség napidíja	- a baleset után készült valamennyi orvosi lelet - a táppénzes állomány igazolása	☐ ☐
☐ Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás	- a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció	☐
☐ Baleseti halál	- a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció - halotti anyakönyvi kivonat - halottvizsgálati bizonyítvány - boncolási jegyzőkönyv (amennyiben történt boncolás) - rendőrségi, vagy hatósági jogerős határozat	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nyilatkozat

Aláírással igazolom, hogy a Szolgáltatási igénybejelentőben rögzített összes adat a valóságnak megfelel. Az egészségi állapotom, illetőleg a betegségem következményei tekintetében felmentést adok a biztosítóval szembeni orvosi titoktartás alól a vizsgáló- és kezelőorvosaimnak, az engem ellátásban részesítő egészségügyi intézményeknek, az állapotomat elbíráló társadalombiztosítási szervnek és egyéb hatóságoknak.

Bejelentés dátuma:

.....
Bejelentő / biztosított aláírása
(kiskorú esetén a törvényes képviselő aláírása)

Érkeztetés a biztosítónál:	Díjjal fedezve:-ig
P.H.	Kárügyintéző aláírása:

A leggyakrabban feltett kérdések

A VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt. szeretné felhívni figyelmét néhány, balesetbiztosítása szempontjából fontos információra. A kérdések pontos megválaszolásában segítenek a feltételek hivatkozott szakaszai.

Mi számít balesetnek?

A baleset olyan, a biztosított akaratán kívüli, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következménye a biztosított egészségkárosodása. ÁBF VI

Kit véd a családi biztosításom?

Családi balesetbiztosítás esetén a biztosítási védelem kiterjed az ajánlaton megjelölt főbiztosítottra, annak házastársára vagy élettársára, illetve a vér szerinti, mostoha- vagy adoptált gyermekeire, feltéve, hogy mindannyian a főbiztosítottal egy háztartásban élnek, a gyermekek 18. életévüket még nem töltötték be és nem rendelkeznek önálló jövedelemmel. ÁBF VIII

Mire terjed ki a biztosításom?

Biztosítása a biztosítási kötvényben meghatározott biztosított kockázatok esetén nyújt védelmet, mely kockázatok leírása a Balesetbiztosítás Különös Feltételeiben található. BKF

Mikor kezdődik a biztosító kockázatviselése?

A biztosítási ajánlaton kockázatviselés kezdeteként megjelölt nap 0.00 órája, amennyiben a biztosítási szerződés érvényesen létrejön. ÁBF III/2

Milyen kötelezettségeim vannak?

Közlési és változásbejelentési, mely alapján köteles vagyok a biztosítás elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt a biztosítóval közölni, az esetleges változásokat később bejelenteni. Kárenyhítési, azaz a baleset bekövetkezése után haladéktalanul orvoshoz kell fordulni.

Változások vagy módosítási igényei bejelentéséhez használhatja ezen feltételfüzet perforált, kitéphető „Változásbejelentő” és „Kedvezményezett jelölő” lapjait is. ÁBF V, XII

Miért van szükség értékkövetésre?

Az értékkövetés alkalmazásával a biztosítási szerződés hatálybalépésekor érvényes biztosítási összegek értékállandóságát az áremelkedések körülményei között is meg lehet őrizni, így a szolgáltatás később is megőrzi vásárlóértékét. ÁBF XI

Mikor esedékes a biztosítási díj?

A balesetbiztosítás első díja a szerződés létrejöttkor esedékes, és a kockázatviselés kezdetétől jár. Minden későbbi díj annak az időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik. ÁBF X

Mi történik, ha késve fizetem a díjat?

A biztosító figyelmeztető levelet küld részemre, hogy elmaradásomat pótoljam. Amennyiben ezt nem teljesítem, az elmaradástól számított 30. napon a biztosításom megszűnik. ÁBF X

Hogyan jelentsem be, ha baleset ért?

A baleset bekövetkezése után haladéktalanul forduljon orvoshoz. A balesetek azon eseteit és következményeit, melyekre biztosítása kiterjed, biztosítási kötvénye és a biztosítási feltételek határozzák meg.

Szolgáltatási igényét Ön vagy hozzátartozója a balesettől számított 15 napon belül jelentse be a biztosítónak az alábbi módokon:

VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt.,

1074 Budapest, Dohány u. 14.,

fax: (06 1) 327-0870

címre küldött levélben, illetve faxon vagy a

www.victoria-volksbanken.hu honlapon keresztül.

A bejelentéshez használhatja ezen feltételfüzet perforált, kitéphető „Szolgáltatási igénybejelentő” lapját is.

A bejelentéshez szükséges egyéb dokumentumok listáját a Balesetbiztosítás Különös Feltételei tartalmazzák. ÁBF XII, BKF

Mit térít a biztosító?

A biztosító a Balesetbiztosítás Különös Feltételei és a biztosítási kötvény alapján meghatározható szolgáltatást nyújtja. BKF

Mikor fizet a biztosító?

Ha a kárrendezési eljárás során megállapítást nyert, hogy a biztosítási esemény bekövetkezett és a jogalap tisztázott, a biztosító szolgáltatása a kárrendezéshez szükséges utolsó okirat kézhezvételét követő 15 napon belül esedékes. ÁBF XII

Kinek fizet a biztosító?

A biztosító szolgáltatására a biztosított jogosult, kivéve, ha más kedvezményezettet vagy engedményest (pl. hitelintézet) jelöltek meg. ÁBF II



VICTORIA-VOLKSBANKEN Biztosító Zrt.
1074 Budapest, Dohány u. 14.
Tel.: 06-1 327-0860 • Fax: 06-1 327-0870
E-mail: office@victoria-volksbanken.hu
www.victoria-volksbanken.hu