

NYUGALOM PLUSZ

életbiztosítás szerződési feltételei
(UG16/2024)

Hatályos: 2024. december 1-jétől
Módosítva: 2025. június 10.

Nysz.: 25075



GENERALI

Tartalomjegyzék

Nyugalom Plusz életbiztosítás szerződési feltételei (UG16/2024) 3	IV. számú melléklet – Kiegészítő biztosítások különös feltételei 22
Alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések 3	A) Baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételei. 22
I. A biztosítási szerződés tartalma. 3	I. Biztosítási esemény. 22
II. Általános rendelkezések. 3	II. A biztosító szolgáltatása. 22
III. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei 5	III. A biztosító teljesítésének feltételei 22
IV. A biztosítási díj 6	IV. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól. . . . 23
V. Díjtartalék, nyereségrészesedés. 7	V. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események 23
VI. Biztosítási esemény 8	VI. A kiegészítő biztosítás megszűnése. 23
VII. A biztosító szolgáltatása. 8	B) Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételei. 24
VIII. A biztosító teljesítésének feltételei 8	I. Biztosítási esemény. 24
IX. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól. 9	II. A biztosító szolgáltatása. 24
X. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események. 10	III. A biztosító teljesítésének feltételei 24
XI. A biztosító kifizetése életbiztosítási kockázat esetében, a biztosító mentesülésével járó vagy a kockázatviselésből kizárt események bekövetkezése esetén. 11	IV. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól. . . . 24
XII. Egyéb rendelkezések 11	V. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események 25
XIII. Fogalomtár 11	VI. A kiegészítő biztosítás megszűnése. 25
XIV. A polgári törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályok. 12	C) Kórházi lopásra vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételei. 26
I. számú melléklet – Kondíciós lista 13	I. Biztosítási esemény. 26
II. számú melléklet – Tájékoztató a teljes költség-mutatóról. 14	II. A biztosító szolgáltatása. 26
III. számú melléklet – Asszisztencia szolgáltatások feltételei. 16	III. A biztosító teljesítésének feltételei 26
	IV. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól. . . . 27
	V. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események 27
	VI. A kiegészítő biztosítás megszűnése. 27
	VII. Kockázati díj. 27

Nyugalom Plusz

életbiztosítás szerződési feltételei (UG16/2024)

Jelen biztosítási szerződési feltételek (továbbiakban: szerződési feltételek vagy feltételek) a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Nyugalom Plusz életbiztosítási szerződéseire (UG16) (a továbbiakban: biztosítási szerződés) érvényesek feltéve, hogy a biztosítási szerződést a jelen szerződési feltételekre hivatkozással kötötték.

A szerződési feltételekben nem szabályozott kérdésekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat kell megfelelően alkalmazni**.

A biztosítási szerződés részét képező „Ügyfélértékelő és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” és a jelen szerződési feltételekben foglaltak eltérése esetén jelen szerződési feltételek rendelkezései irányadóak.

Az alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések és a III. és IV. mellékletben foglaltak eltérése esetén a mellékletekben rögzítettek az irányadóak. A III. és IV. mellékletekben nem szabályozott kérdésekben az alapbiztosításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

A Nyugalom Plusz életbiztosítási szerződés a jelen szerződési feltételekben rögzített, a szerződés megkötésekor előre meghatározott alapbiztosításon túlmenően a jelen feltételek III. számú mellékletében (asszisztencia szolgáltatás feltételei) definiált asszisztencia szolgáltatásokkal, továbbá a szerződő választásától függően a IV. számú mellékletben (kiegészítő feltételek) szabályozott kiegészítő biztosítási kockázatokkal jöhet létre. A szerződés megkötésekor az alapbiztosításhoz minden esetben kapcsolódik asszisztencia szolgáltatás.

ALAPBIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen feltételekben meghatározott biztosítási kockázat viselésére, továbbá a biztosítási esemény bekövetkeztétől függően biztosítási szolgáltatás megfizetésére, a szerződő fél pedig biztosítási díj fizetésére kötelezi magát.

II. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

II.1. A szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett)

- II.1.1. **Biztosító** az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- II.1.2. **Szerződő** az a fél, aki a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötö, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. A szerződő lehet fogyasztó, illetve fogyasztónak nem minősülő személy vagy szervezet. Fogyasztónak minősül a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.
- II.1.3. **Biztosított** az a nagykorú természetes személy, akit a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg, és akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a biztosítási szerződés létrejön.
- II.1.4. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés **létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges**.
- Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, **a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosítottnak a szerződésbe szerződőként történő belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni**.
- II.1.5. Ha a biztosítási szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a szerződő írásbeli hozzájárulásával a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítási szerződésbe szerződőként beléphet. A belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. Amennyiben a biztosított szerződésbe való belépési nyilatkozatának biztosítóval történő közlésekor a szerződő már nincs életben, a biztosított szerződésbe való belépéséhez a szerződő örököseinek hozzájárulása nem szükséges.
- Ha a biztosított belép a biztosítási szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a biztosított a szerződő féllel egyetemlegesen felelős. A biztosítási szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződő félnek a biztosítási szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.
- A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.
- II.1.6. Ha a biztosított cselekvőképességében, vagyoni jognyilatkozatai tekintetében **részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a szerződés létrejöttéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges**.
- II.1.7. A biztosított a szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ennek következtében a szerződés az aktuális biztosítási időszak végével megszűnik kivéve, ha a biztosított a szerződő fél írásbeli hozzájárulásával a szerződésbe szerződőként belép.
- II.1.8. A szerződő és a biztosított írásbeli hozzájárulásával harmadik személy a biztosítási szerződésbe új szerződőként beléphet. A szerződő személyének változásáról a biztosított írásban értesíteni kell.
- II.1.9. **Kedvezményezett** az a szerződő és a biztosított által megnevezett személy, aki a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatásra jogosult.
- a) **A biztosított halála esetén** a haláleseti szolgáltatás kedvezményezettje a szerződésben a szerződő és a biztosított által **név szerint megnevezett személy(ek)**, ennek hiányában a biztosított örököse(i).
- b) **A biztosított életében esedékes** szolgáltatások kedvezményezettje a **biztosított**.

- II.1.10. A szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával ajánlattételkor, illetve a biztosítási szerződés hatálya alatt bármikor a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal az II.1.9. pontban megfogalmazottak szerint kedvezményezettet jelölhet meg, illetve bármikor ugyanilyen formában a kedvezményezett-jelölését módosíthatja feltéve, hogy a kedvezményezett-jelölés vagy annak módosítása a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a biztosító tudomására jut.
- II.1.11. A **kedvezményezett-jelölés hatályát veszti**, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.
- II.1.12. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett-jelölést tartalmazó része semmis, ilyen esetben kedvezményezettnek a biztosítottat, vagy a biztosított örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.
- II.1.13. Amennyiben a biztosítási szerződésben kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett-jelölés hatályát veszítette, vagy nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, akkor a biztosított életében esedékes szolgáltatások jogosultja a biztosított, a biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások jogosultja a biztosított örököse(i).

II.2. A szerződés létrejötte

- II.2.1. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító megállapodása alapján jön létre.
- II.2.2. A szerződő által a biztosítási szerződés létrejöttét megelőzően a biztosító részére megfizetett díj vagy díjrészlet díjelőlegnek minősül, melyet a biztosító kamatmentesen kezel.
- Ha a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget a biztosítási díjba beszámítja. Ha a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget a szerződőnek visszafizeti.
- II.2.3. A szerződő/biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszaik az ajánlati dokumentáció részét képezik.
- II.2.4. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt **egyedi kockázatbírálást végez**, egészségi kockázatbírálást azonban nem végez.
- A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig van kötve.
- II.2.5. **A kockázatbírálás eredményétől függően a biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja.** A biztosítási ajánlat elfogadása a biztosítónak az ajánlattal megegyező, vagy az ajánlattól eltérő tartalmú biztosítási fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: kötvény) kiállításával, vagy ráutaló magatartásával (hallgatólagosan) történik.

A biztosítási ajánlattal megegyező tartalmú kötvény kiállítása esetén, a szerződés a kötvény kiállításának időpontjában jön létre.

- II.2.6. **Ha a szerződő az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérést a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint, a kötvény kiállításakor jön létre.**
- Ha a szerződő az eltérést a fentiek értelmében rendelkezésére álló határidőn belül elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre. **A lényeges eltérésre a biztosító a kötvény átadásakor a szerződő figyelmét írásban felhívja.** Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- II.2.7. **A szerződés – ráutaló magatartással (hallgatólagosan) – akkor is létrejön az ajánlat szerinti tartalommal, ha a biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik** feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a Díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító részére történt átadásának időpontjára visszamenő hatállyal, a 15 napos kockázatbírálási idő elteltét követő napon jön létre.
- Ezen rendelkezés abban az esetben is alkalmazandó, amennyiben a szerződő fél nem minősül fogyasztónak.
- II.2.8. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a jelen feltételektől, akkor a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést a feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja. (Ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött szerződés utólagos felmondása.) Ilyen esetben a biztosító a már megfizetett díjat visszafizeti a szerződőnek.

II.3. A kockázatviselés kezdete, a várakozási idő

- II.3.1. **A felek eltérő megállapodása hiányában a biztosító kockázatviselése – a biztosítási szerződés érvényes létrejötte esetén – az azt követő nap 0 órakor kezdődik, amikor a szerződő a biztosítás első díját a biztosító részére megfizeti, de nem korábban, mint a szerződés létrejöttét követő nap 0. órája. Az első díj megfizetettnek minősül, ha az a biztosító számlájára beérkezett. A felek ettől a rendelkezéstől külön megállapodásukkal eltérhetnek.**
- II.3.2. **A biztosító a biztosítási szerződésben várakozási időt köt ki, melynek időtartama a szerződés létrejöttétől számított 6 hónap.**

A biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító a biztosított várakozási idő alatti, nem balesetből eredő halála esetén a szerződésre befizetett díjak összegét fizeti vissza a szerződő részére.

II.4. A szerződés tartama

A szerződés határozatlan tartammal jön létre.

II.5. A szerződés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén:

- a biztosított halála esetén a jelen feltételekben foglaltaknak megfelelő haláleseti szolgáltatás teljesítésével,
- a biztosított halála esetén, a biztosítónak a szolgáltatás teljesítése alóli mentesülésekor a jelen feltételek XI. fejezetében meghatározott kifizetés teljesítésével,

- c) a biztosítottnak a kockázatviselésből kizárt eseményből kifolyólag bekövetkezett halála esetén a jelen feltételek XI. fejezetében meghatározott kifizetés teljesítésével,
- d) a díjfizetés elmulasztása esetén a jelen feltételek IV.2. pontjában rögzítettek szerint,
- e) a szerződő jelen feltételek II.5.1. pontjában rögzített rendes felmondásával,
- f) a szerződő jelen feltételek II.5.2. pontjában rögzített rendkívüli felmondásával,
- g) a ráutaló magatartással (hallgatólágosan) létrejött biztosítási szerződés utólagos felmondása esetén (II.2.8.), vagy a biztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása, a biztosítónak erről való tudomásszerzése esetén a 30 napos felmondási idő elteltével (III.3.2.). Ilyen esetben a biztosító a szerződő részére kifizeti a szerződés visszavásárlási értékét. A biztosítási szerződést a biztosító a jelen pontban foglaltak kivételével nem mondhatja fel,
- h) a biztosítottnak – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén feltéve, hogy a biztosított a biztosítási szerződésbe szerződként nem lép be.

II.5.1. A szerződő rendes felmondási lehetősége, visszavásárlás

A biztosítási szerződést a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával – a biztosított írásbeli hozzájárulásával – **bármikor** felmondhatja.

- II.5.1.1. A szerződés rendes felmondása (visszavásárlás) esetén, amennyiben a felmondás időpontjában a biztosítási szerződésnek **van visszavásárlási értéke**, akkor a biztosító a visszavásárlási igény beérkezését követően a szerződőnek kifizeti a rendszeres díjjal rendezett időszakhoz tartozó, de legfeljebb az aktuális hónap elsején érvényes visszavásárlási értéket (amennyiben a szerződésen túlfizetés mutatkozik, akkor a biztosító azt a szerződő részére visszafizeti).
- II.5.1.2. A szerződés rendes felmondása (visszavásárlás) esetén, amennyiben a felmondás időpontjában a biztosítási szerződésnek **nincs visszavásárlási értéke**, akkor a biztosítási szerződés kifizetés nélkül megszűnik.

A biztosítási szerződésnek legkorábban a díjfizetési tartam egytizede, de legalább két díjjal rendezett biztosítási év eltelte után van visszavásárlási értéke. Amennyiben a biztosítási szerződés fennállása során az alapbiztosítás biztosítási összege módosul, akkor a biztosítási szerződés visszavásárlási táblázatában található összegek is változnak.

- II.5.1.3. **A visszavásárlással (szerződő rendes felmondásával) megszüntetett biztosítási szerződés szerinti biztosítási fedezetet a biztosító nem állítja helyre, a biztosítási szerződés nem reaktiválható.**

II.5.2. A szerződő rendkívüli felmondási lehetősége

A biztosítási szerződést a fogyasztónak minősülő szerződő jogosult a biztosítási szerződés létrejöttét igazoló kötvény (a továbbiakban: első kötvény) átvételétől számított 30 napon belül írásbeli nyilatkozattal, indoklás nélkül felmondani.

A biztosító a rendkívüli felmondás kézhezvételét követő 30 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámol, akként, hogy a biztosító a részére befizetett díj/díjrészlet teljes összegét a szerződő részére visszafizeti. A szerződő a rendkívüli felmondás jogáról érvényesen nem mondhat le.

Az így megszüntetett biztosítási szerződés szerinti biztosítási fedezetet a biztosító nem állítja helyre, a szerződés nem reaktiválható.

II.6. A biztosítási szerződés területi hatálya

A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

III. A SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

III.1. A szerződő és a biztosító jogai és kötelezettségei

- III.1.1. A biztosítási szerződés alapján a szerződő díjfizetésre köteles és a feltételek eltérő rendelkezésének hiányában a biztosított hozzájárulásával jogosult a biztosítási szerződés szerinti jognyilatkozatok megtételére.
- III.1.2. A biztosító köteles a biztosítási szerződés alapján a feltételekben meghatározott szolgáltatások nyújtására.

III.2. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

A szerződő és a biztosított kötelesek a közlési és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

A közlésre és változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

III.2.1. A szerződő és a biztosított közlési kötelezettsége

A közlési kötelezettség alapján a **szerződő és a biztosított az alap-, és/vagy kiegészítő biztosítás(ok) megkötéskor továbbá a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges**, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon és/vagy hangfelvételen szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A biztosító a biztosított hozzájárulása alapján a **közölt adatokat ellenőrizheti**.

III.2.2. A szerződő és a biztosított változásbejelentési kötelezettsége

A **szerződő és a biztosított kötelesek** a biztosítás fennállása alatt **5 munkanapon belül írásban bejelenteni** az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő **lényeges körülmények megváltozását, továbbá a szerződő 5 munkanapon belül köteles bejelenteni a saját, illetve a tényleges tulajdonos azonosítási adataiban beállott változást**. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő vagy a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen a szerződő és a biztosított neve, címe, levelezési címe, elektronikus kommunikáció esetén email címe megváltozása.

A biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a biztosítónak bejelenteni.

III.3. A biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége a szerződést érintő lényeges körülmények felmerülése esetén (a biztosítási kockázat jelentős növekedése)

- III.3.1. **Ha a biztosító a biztosítási szerződés létrejötte után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről,** továbbá ha lényeges körülmények változását közlik vele, **úgy a biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására,** illetőleg – ha a kockázatot a feltételekben foglaltak alapján nem vállalhatja – **a szerződést 30 napos felmondási idővel, írásban felmondhatja.**
- III.3.2. **Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a biztosítási szerződés, vagy annak a módosító javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik,** ha erre a következményre a biztosító a módosító javaslat megtételekor a szerződő figyelmét felhívta.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

IV.1. A biztosítási díjjal kapcsolatos rendelkezések

- IV.1.1. A biztosítási díj a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke. A biztosítási díj fizetésének kötelezettsége a szerződő felet terheli.
- IV.1.2. **A biztosítási díj kiszámítása** a biztosító Díjszabása alapján, különösen a biztosított életkorának, valamint a biztosítás díjfizetési tartamának és a biztosítási összegnek/összegeknek a figyelembevételével történik.
- IV.1.3. A biztosító a biztosítási szerződés létrejöttekor a biztosított **belépési korát** úgy állapítja meg, hogy a díjfizetés technikai kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- IV.1.4. A szerződés **rendszeres éves díjfizetésű. A biztosítási évre vonatkozó rendszeres éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető.** Havi díjfizetéstől eltérő fizetési gyakoriság esetén a biztosító díjkezdvezményt adhat.
- IV.1.5. Amennyiben a biztosítottra vonatkozó ajánlattétellel egyidőben, de legkésőbb az azt követő 15 napon belül a biztosítóval egy háztartásban élő házastársra/élettársra vonatkozóan is a jelen szerződési feltételeken alapuló ajánlattételre kerül sor ugyanazon szerződő által, a házastársra/élettársra vonatkozó alaptárat rendszeres díjából a biztosító díjkezdvezményt adhat. A biztosító a szerződés fennállása alatt bármikor kérheti a kedvezményre jogosító feltétel meglétét igazoló dokumentumok (pl. házastársi/élettársi kapcsolat fennállását igazoló dokumentum, biztosítottak azonos lakcímének igazolását alátámasztó dokumentum) másolatának benyújtását.
- IV.1.6. Abban az esetben, amennyiben a szerződő a díj mértékét befolyásoló kedvezményt vett igénybe, melyet követően a kedvezményre jogosító körülmények megváltoznak, vagy utóbb már nem állnak fenn (pl. fizetési gyakoriság megváltoztatása), úgy a szerződő a kedvezményre való jogosultságát elveszti és köteles a kedvezmény figyelembevétel nélkül számított biztosítási díj megfizetésére. Ilyen esetben a kedvezmény nélkül számított díj akkor esedékes, amikor a biztosító erre vonatkozóan felhívást (díjbekérő, csekk) küld, vagy a díj beszedési megbízással (inkasszó) történő beszedését először megkísérli.
- IV.1.7. **A díjfizetés gyakoriságát a szerződő ajánlattételkor határozza meg.** A díjfizetési gyakoriságot a szerződő a következő biztosítási évfordulótól kezdődően megváltoztathatja, ha a változtatási szándékát a következő biztosítási évforduló időpontja előtt legalább 30 nappal jelzi a biztosítónak.
A biztosítási díj fizetésének módját a szerződő választja meg azzal, hogy jelen szerződési feltételek alapján csekkes díjfizetésre havi díjfizetési gyakoriság esetén nincs lehetőség.
- IV.1.8. A díjfizetés **technikai kezdete** az ajánlaton és a kötvényen ekként megjelölt időpont, mely nem lehet korábbi, mint az ajánlat keltezésé hónapjának első napja, illetve, a biztosítási kötvényen a díjfizetés technikai kezdeteként megjelölt időpont, mely **egyben a biztosítási évforduló napja is.**
- IV.1.9. **A biztosítási időszak egy év,** amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számított egy évig tart (a továbbiakban: biztosítási év).
- IV.1.10. A biztosítási szerződés első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a biztosítási szerződés létrejöttekor, minden további díj pedig annak a díjfizetési időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- IV.1.11. Az első díj a biztosító kockázatviselésének kezdő napjától a díjfizetés technikai kezdetéig terjedő időszakra és az első díjfizetési időszakra is vonatkozik.
- IV.1.12. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amely napon a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.
- IV.1.13. **A szerződő díjfizetési kötelezettsége megszűnik attól a biztosítási évfordulótól, amely abban a naptári évben van, amelyben a biztosított a 85. életévét betölti.**
- IV.1.14. **A szerződés határozatlan tartammal jön létre, azzal, hogy a szerződő a díjat a díjfizetés tartama szerinti időszakra köteles megfizetni. A díjfizetés tartama az a biztosítási években meghatározott időszak, amely a biztosítás technikai kezdetétől a díjfizetési kötelezettség megszűnéséig tart.**
- IV.1.15. **Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a biztosító az aktuális biztosítási időszakra járó teljes díj megfizetését követelheti. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor a kockázatviselés véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.**

IV.2. A díjfizetés elmulasztásának következményei

Amennyiben a szerződő a rendszeres biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki – a következményekre történő figyelmeztetés mellett –, a biztosító a szerződő felet **legalább 30 napos póthatáridő kitűzésével** írásban felhívja a teljesítésre.

Ha a szerződő a kitűzött póthatáridőig fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosító az alábbiak szerint jár el:

- amennyiben az első elmulasztott díj esedékességének időpontjában a **szerződésnek van visszavásárlási értéke**, akkor a biztosító a szerződést a díjrendeztettség napjával **díjmentesíti** (IV.3.),
- amennyiben az első elmulasztott díj esedékességének időpontjában a szerződésnek **nincs visszavásárlási értéke, a szerződés a díjrendeztettség napjával megszűnik**, kivéve ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

IV.2.1. A szerződőnek lehetősége van az elmaradt biztosítási díjak rendezése mellett – az első elmaradt díj esedékességétől számított 6 hónapon belül – a díjfizetés elmulasztása miatt **kifizetés nélkül megszűnt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását kérni (reaktiválás). Ebben az esetben a biztosító jogosult a kérést teljesíteni, vagy indoklás nélkül elutasítani.**

IV.2.2. **Ha a biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az esedékessé vált, de a biztosítási esemény bekövetkezéséig meg nem fizetett díj mértékével a biztosító által a szolgáltatásra jogosult részére teljesítendő szolgáltatás(ok) összege csökken.**

IV.2.3. **A teljes biztosítási időszakra járó díjat a biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti; ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő a díjfizetést már megkezdte vagy a felek a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.**

IV.3. Díjmentesítés

IV.3.1. A szerződő – a biztosított hozzájárulásával – kérheti a biztosítás díjmentesítését.

A biztosítás díjmentesítésére **a díjfizetési tartam egytizede, de legalább két rendszeres díjjal rendezett biztosítási év eltelte után** van lehetőség.

IV.3.2. **A díjmentesítésre vonatkozó kérelem teljesítése esetén** a biztosító a biztosítási szerződést a díjrendeztettség napjától díjmentesíti (díjmentesítés időpontja) és az alaptartozásra addig befizetett rendszeres díjak alapján, egy új, csökkentett biztosítási összeget állapít meg. Az új, csökkentett biztosítási összeg nem tartalmazza a díjmentesítésig elért, a nyereségszámlán nyilvántartott nyereségrészesedést, díjmentesítés esetén ez nem számít bele az új biztosítási összegbe, **a szerződő a díjmentesítéssel elveszti a nyereségszámlán nyilvántartott nyereségrészesedést.** A díjmentesítés időpontjától a szerződés megszűnéséig a szerződőt díjfizetési kötelezettség nem terheli.

IV.3.3. A szerződő – a biztosított írásbeli hozzájárulásával – a díjmentesítés időpontjától számított 6 (hat) hónapon belül írásban kérheti a díjfizetési kötelezettség helyreállítását, és ezzel az elmaradt díjakat köteles befizetni. A díjmentesített biztosítási szerződés az elmaradt rendszeres díj megfizetésével a díjmentesítés időpontjára visszamenőlegesen, az eredeti tartalommal kerül módosításra. A díjmentesítés időszakát követően, a rendszeres díjfizetés visszaállítása esetén, a szerződés díjának mértéke az aktuális állapotnak megfelelő újrakalkulálás (elsősorban a biztosított életkorának változása) miatt megváltozhat. **A biztosítási szerződés tartama alatt legfeljebb kétszer lehet a díjfizetési kötelezettséget helyreállítani.**

IV.3.4. A díjfizetési tartam elteltét (IV.1.14.) követően a díjmentesített szerződés esetén a díjfizetési kötelezettség nem állítható helyre.

IV.4. Részleges díjmentesítés

A szerződő – a biztosított írásbeli hozzájárulásával – kérheti a biztosítás részleges díjmentesítését. Részleges díjmentesítés során egy alacsonyabb biztosítási összeg kerül meghatározásra, így a biztosítás egy díjköteles és egy díjmentes részből áll. **A díjmentes részre vonatkozó, új, csökkentett biztosítási összeg nem tartalmazza a részleges díjmentesítésig elért, a nyereségszámlán nyilvántartott nyereségrészesedést, azt a szerződő a részleges díjmentesítéssel elveszti.** A díjköteles részre vonatkozó biztosítási összeget illetően a biztosító továbbra is nyilvántartja a nyereségszámlán a nyereségrészesedést.

Részleges díjmentesítésre csak az alábbi feltételek együttes fennállása esetén van lehetőség:

- a biztosítási szerződés díjfizetési tartamának egytizede, de legalább két rendszeres díjjal rendezett biztosítási év eltelt, és a díjfizetési tartamból még legalább két biztosítási év hátra van,
- a biztosításnak van visszavásárlási értéke, és
- a biztosítás rendszeres díja nem csökken a szerződés kötési évi rendszeres díja alá.

IV.5. Automatikus díjnövelés

A biztosítás értékállóságának megőrzése érdekében a **biztosítási díj minden biztosítási évfordulón** – kivéve a díjfizetési kötelezettség megszűnése időpontját (IV.1.13.) megelőző 5 biztosítási évet – **automatikusan 3%-kal növekszik, mely a szerződés fennállása alatt nem változtatható meg.** A biztosítási díj emelkedése a **biztosítási összeg növekedését is eredményezi.** A biztosítási összeg növekményének kiszámítása során a biztosító a biztosított aktuális életkorát és a hátralévő díjfizetési tartamot veszi figyelembe. **A biztosítási díj és a biztosítási összeg nem azonos mértékben emelkedik.**

A biztosító a biztosítási összeg és a biztosítási díj változásáról a szerződéskötéskor kiállított kötvény mellékletében nyújt tájékoztatást.

V. DÍJTARTALÉK, NYERESÉGRÉSZESEDÉS

V.1. Díjtartalék

A díjtartalék a befizetett díjaknak a díjkalkuláció alapján meghatározott azon része, melyet a biztosító a biztosításban vállalt kötelezettségek fedezetére biztosításonként tartalékol.

V.2. Nyereségrészesedés

A nyereségszámla a díjtartalékon elért nyereség nyilvántartására szolgáló számla. A biztosító a nyereségszámlán felhalmozott nyereséget (továbbiakban: nyereségtartalék), valamint a teljes díjtartalékot befekteti, és a befektetéssel elért hozamot megosztja ügyfeleivel. A biztosító minden naptári évre vonatkozóan kiszámítja a biztosítások díjtartalékának és a nyereségtartalékának befektetésével elért hozam forintban

kifejezett értékét. Amennyiben a kapott érték pozitív, akkor annak legalább 70%-át, amennyiben negatív, akkor annak legfeljebb 70%-át legkésőbb a tárgyévét követő év pénzügyi zárásakor nyereségrészesedésként a nyereségszámlán ügyfeleinek a biztosító jóváírja, és szerződésenként nyilvántartja. A biztosítási esemény bekövetkeztekor még jóvá nem írt nyereségrészesedést a biztosító az adott időszakra vonatkozóan feltételezett hozamszámítással határozza meg. A nyereségszámla aktuális értéke nem lehet negatív.

A nyereségrészesedés kizárólag a haláleseti szolgáltatás részeként, a jelen feltételek VII.1. és VII. 2. bekezdésében foglaltak szerint kerül kifizetésre.

VI. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

VI.1. A jelen feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés szerint biztosítási eseménynek minősül:

- VI.1.1. A biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, nem balesetből eredő halála. **A biztosítási esemény időpontja a halál időpontja.**
- VI.1.2. A biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete, melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal. **A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.**

VII. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító a jelen feltételek VI. fejezetében meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén az alábbi biztosítási szolgáltatásokat nyújtja.

VII.1. Nem balesetből eredő haláleseti szolgáltatás

Nem balesetből eredő haláleseti szolgáltatásként a biztosító a kedvezményezett részére az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- a biztosítottnak a várakozási idő leteltét követően és az 1. biztosítási évfordulót megelőzően bekövetkező halála esetén a halál napján aktuális biztosítási összeg 25%-át és a nyereségszámlán nyilvántartott nyereségrészesedést,
- a biztosítottnak a 2. biztosítási évben bekövetkező halála esetén a halál napján aktuális biztosítási összeg 50%-át és a nyereségszámlán nyilvántartott nyereségrészesedést,
- a biztosítottnak a 2. biztosítási évfordulótól bekövetkező halála esetén a halál napján aktuális biztosítási összeg 100%-át és a nyereségszámlán nyilvántartott nyereségrészesedést fizeti ki a biztosító.

VII.2. Balesetből eredő haláleseti szolgáltatás

A biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatti balesetéből eredően, a baleset időpontját követő egy éven belül bekövetkező halála esetén (VI.1.2) a biztosító a balesetből eredő haláleseti szolgáltatásként kifizeti a kedvezményezett részére a halál napján aktuális biztosítási összeg 150%-át és a nyereségszámlán nyilvántartott nyereségrészesedést.

VIII. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

VIII.1. A biztosítási esemény bejelentésének határideje

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell bejelenteni a biztosítónál, azzal, hogy a jelen pontban írt határidő nem jogvesztő. Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be, a biztosító által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából szükségesnek ítélt felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

VIII.2. A szolgáltatási igény bejelentésekor benyújtandó dokumentumok

VIII.2.1. **A biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerúségének megállapításához szükséges:**

- a biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**
- továbbá a következő iratok másolatát:
 - a halottvizsgálati bizonyítvány;
 - a biztosított halotti anyakönyvi kivonata;
 - a halotti epikrízis;
 - boncolási jegyzőkönyv, ha ilyen készült;
 - a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok (kezelőorvosi igazolás, zárójelentések, ambuláns lapok);
 - a kedvezményezett jogszolgáltatást igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a biztosítási szerződésben név szerint nem nevezték meg;
 - továbbá balesettel kapcsolatos biztosítási eseménnyel összefüggésben:
 - a baleseti, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült;
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült;
 - közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv;
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye;
 - a balesettel/annak következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények;
 - a balesetet követő első orvosi ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum;
 - a biztosító kérheti a biztosított állapotleírását tartalmazó Kezelőorvosi állapotleírás című nyomtatvány kitöltését is;
 - a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához jogosult bekérni az alábbi dokumentumok másolatát is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összecszerúségének megállapításához szükségesek:
 - kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatait** a biztosítási esemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első körismereténél pontos időpontjával;
 - külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirattal, valamint bármilyen szolgáltatási igény tárgyában a biztosító teljesítéséhez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített **magyar nyelvű hiteles fordítása;**

- a biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, rendőrség, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv, határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények);
- a biztosító által rendelkezésre bocsátott és a biztosított kezelőorvosa/az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól;
- a biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
- a társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- a biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítvány.
- A biztosított vagy a kedvezményezett jogosult a szolgáltatási igényét egyéb okmányokkal, dokumentumokkal is igazolni a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Így például jogosult arra is, hogy a büntetőeljárásban és a szabálysértési eljárásban hozott jogerős határozatot is benyújtsa a biztosítónak.

VIII.2.2. A biztosító kérheti a **fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását** és bármely, az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását.

VIII.2.3. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához – a szolgáltatási igény biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján – egyéb iratokat is beszerezhet, melyről az ügyfelet tájékoztatja.

VIII.3. A biztosító teljesítésének esedékessége

VIII.3.1. A biztosítóhoz bejelentett szolgáltatási igény alapján a biztosító teljesítése a szolgáltatási igény elbírálásához nélkülözhetetlen utolsó okirat kézhezvételét követő 15. napon esedékes. Nélkülözhetetlenek azok az okiratok, amelyek a biztosítási szolgáltatási kötelezettség fennállását és annak összegét alátámasztják.

Haláleseti szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a szerződő és a szolgáltatásra jogosult átvilágítása megtörténjen, amennyiben az a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben előírtak alapján szükséges.

A biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és döntéséről az ügyfelet tájékoztatni.

VIII.3.2. Ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

VIII.3.3. Ha a rendelkezésre álló iratok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a biztosító a rendelkezésre álló adatok alapján hoz döntést.

VIII.3.4. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.

VIII.4. A biztosítási szolgáltatás kifizetésének választható formája

A biztosító a **szolgáltatási összeget átutalással teljesíti.**

Amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy (kedvezményezett) a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban felmerülő költségeket a szolgáltatásra jogosult személyre áthárítja, és a költségek összegének mértékével a szolgáltatási összeg csökken, melyet a Kondíciós lista tartalmaz. Ezen költség mértékét a biztosító kizárólag a fogyasztói árindex változása esetén, naptári évente legfeljebb egy alkalommal változtathatja meg. Az egyszeri költségváltoztatás mértéke nem lehet több 2 százalékpontonál. A biztosító a változásról – a változást 30 nappal megelőzően – a szerződőt írásban értesíti.

A szolgáltatás kifizetése költségének módosítása esetén a biztosító a szerződő fél részére rendkívüli felmondási lehetőséget biztosít. Amennyiben a szerződő a biztosító által közölt módosítással a biztosítási szerződését nem kívánja fenntartani, úgy a biztosító által közölt módosítás hatálybalépését megelőző 5. napig a biztosítóhoz eljuttatott írásbeli, rendkívüli felmondással jogosult a biztosítási szerződést a következő évfordulóval megszüntetni. A biztosító ebben az esetben a szerződő részére a szerződés visszavásárlási értékét fizeti ki. Amennyiben a szerződő a felmondásra nyitva álló határidőn belül nem él a felmondási jogával, úgy a biztosítási szerződés – a módosított rendelkezésekkel – hatályban marad.

IX. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

IX.1. Ha a szerződő vagy a biztosított közlési, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:

- a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a szerződéskötéskor ismerte, vagy
- a szerződő és/vagy a biztosított változásbejelentési kötelezettségüket megsértették, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítás fennállása alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen feltételek III.3. pontjában szabályozott szerződésmódosítási illetve felmondási lehetőségével, vagy
- az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

A felsorolt körülmények valóságnak megfelelő voltát annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

IX.2. A szolgáltatási igény jogalapjának fennállása esetén a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító szolgáltatási kötelezettsége – a balesetbiztosítási kockázatok kivételével –, ha a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt. Változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a jelen pontban szabályozott öt éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

- IX.3. A biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha
- a biztosított halálának oka a biztosítási szerződéskötés napjától számított két éven belül elkövetett öngyilkossága, még akkor is, ha a cselekmény elkövetésekor a biztosított zavart tudatállapotban volt,
 - a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal okozati összefüggésben vesztette életét,
 - a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.
- IX.4. A biztosító a biztosított balesetből eredő halála esetén mentesül a szolgáltatási teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy az eseményt a biztosított jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással okozta.
- IX.5. A biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie. Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a biztosított az öt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. A biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ha a biztosított a kármegelőzési, illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

X. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

- X.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
- ionizáló sugárzás,
 - nukleáris energia,
 - HIV-fertőzés,
 - háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvirollások, felkelés.
- X.2. Jelen feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.
- X.3. A biztosító kockázatviselése a jelen feltételek X.1.d) pontjában foglaltakkal ellentétben kiterjed a biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.
- X.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha
- az esemény a biztosított rendszeres alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;
 - a biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt. Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció;
 - a biztosított olyan gépjárművet vezetett, amely nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett;
 - a biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- X.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:
- a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre;
 - a biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülésekre, akkor is, ha azt a biztosított zavart tudatállapotában követte el.
- X.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:
- búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
 - hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, Bungee Jumping (mélybe ugrás),
 - autó-motor sportok (pl. autocrash (roncsautó) sport, gokart sport, motocross sport, motorcsónak sport, motor-kerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad),
 - privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés),
 - bázisugrás.
- X.7. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosítottnak az alábbiakban meghatározott munkatevékenységével:
- kaszkadőr, cirkuszi artista, akrobata,
 - tesztpilóta, berepülő pilóta, ejtőernyős ugró, hadseregben sugárhajtású gép személyzet,
 - testőr, kommandós, idegenlégiós, békefenntartó, hírszerző,
 - fegyveres őr, pénzszállító,
 - hadseregben dolgozó hivatásos és katonai szolgálatot teljesítő olyan személy, aki fokozott veszélynek kitett tevékenységet folytat (pl. tűzszerész, búvár, rohamharcos).

XI. A BIZTOSÍTÓ KIFIZETÉSE ÉLETBIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT ESETÉBEN, A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSÉVEL JÁRÓ VAGY A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK BEKÖVETKEZÉSE ESETÉN

- XI.1.** Amennyiben a szerződésnek van visszavásárlási értéke, akkor a biztosító a visszavásárlási értéket fizeti ki a szerződő részére, ha a biztosító a szolgáltatási igényt kizárásra vagy mentesülésre tekintettel bármely okból elutasítja. Ha a szerződésnek nincs visszavásárlási értéke, a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.
- XI.2.** Amennyiben a szerződés kedvezményezettje a szerződő és a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét, vagy közrehatott az esemény bekövetkezésében (IX.3.c) a visszavásárlási érték ebben az esetben a biztosított örököseit illeti meg, és a kedvezményezett abból nem részesülhet.

XII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

XII.1. A papíralapú módosítási igények hatályosságának feltétele

A módosítási igény papíralapú közlése kizárólag a szerződő és a biztosított által aláírt, a biztosító által rendszeresített formanyomtatvány biztosító részére történő benyújtása esetén joghatályos.

XII.2. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. naptól,
- a biztosítási esemény bejelentése esetén amennyiben a biztosító által igényelt iratcsatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határidőn követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél kelteitől számított 30. naptól,
- egyéb esetekben a követelés esedékessé válásának napján.

XII.3. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos adatokkal egyező tartalmú új kötvényt állít ki.

XII.4. Eljárás véleménykülönbség esetén

Ha az ügyfél vitatja a biztosító – szolgáltatási igénnyel kapcsolatos – álláspontját, írásban kérheti a döntés felülbírlását.

A biztosító illetékes szervezeti egysége a kérelem elbírálásához szükséges valamennyi irat/adat kézhezvételétől számított 30 napon belül döntést hoz és döntéséről a kérelmezőt írásban értesíti.

XIII. FOGALOMTÁR

XIII.1. A baleset fogalma

- XIII.1.1.** Jelen feltételek szempontjából **baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.
- XIII.1.2.** Jelen feltételek szempontjából **balesetnek minősül továbbá:**
- kullanccscsípés következtében kialakuló agyburrok és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor az agyburrok és/vagy agyvelőgyulladásra diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - a veszettség, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- XIII.1.3.** Jelen feltételek szerint – a XIII.1.2. pontban foglaltaktól eltekintve – nem minősül balesetnek:
- az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadó-szervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki.
 - a foglalkozási betegség (ártalom),
 - a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
 - a csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habitális) ficam,
 - a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
 - a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
 - az ízületi porckok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

XIII.2. A kórház fogalma

- XIII.2.1.** Jelen feltételek szempontjából **kórháznak minősül** a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

XIII.2.2. Jelen feltételek szempontjából **nem minősül kórháznak** – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriátriai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

XIII.3. A betegség fogalma

Jelen feltételek szempontjából **betegség** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

XIV. A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL ÉS A SZOKÁSOS SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ SZABÁLYOK

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a Nyugalom Plusz életbiztosítás **szerződési feltételeinek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérnek.**

XIV.1. Jelen feltételek Ptk-tól lényegesen eltérő rendelkezései

XIV.1.1. Biztosított belépése a szerződésbe

Jelen feltételek II.1.8. pontja értelmében – a Ptk. 6:451. § (1) bekezdésétől eltérően – a biztosított a szerződő életben léte esetén kizárólag a szerződő írásbeli hozzájárulásával léphet be a biztosítási szerződésbe.

XIV.1.2. A szerződés létrejötte

Jelen feltételek II.2.6. pontja alapján – a Ptk. 6:443. § (2) bekezdésétől eltérően – az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben szereplő eltérésre a szerződőnek késedelem nélkül, de legfeljebb 15 napon belül van lehetősége kifogását előterjeszteni.

Jelen feltételek II.2.7. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:444. § (1) bekezdésétől – a biztosítási szerződés akkor is létrejön a biztosító ráutaló magatartásával, amennyiben a szerződő nem minősül fogyasztónak.

XIV.1.3. A szerződő rendes felmondási lehetősége

Jelen feltételek II.5.1. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:483. § (1) bekezdésétől – a biztosítási szerződést a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával – a biztosított írásbeli hozzájárulásával – bármikor, felmondási idő nélkül felmondhatja.

XIV.1.4. A biztosítási díj

Jelen feltételek IV.1.7. pontja alapján a biztosítási díj fizetésének módját a szerződő választja meg azzal, hogy jelen szerződési feltételek alapján csekkes díjfizetésre havi díjfizetési gyakoriság esetén nincs lehetőség.

XIV.1.5. Fizetési póthatáridő tűzése, reaktiválás lehetősége

Jelen feltételek IV.2. bekezdése alapján – eltérően a Ptk. 6:449. § (1) bekezdésétől – a biztosító a szerződő felet legalább 30 napos póthatáridő tűzésével hívja fel írásban a teljesítésre, amennyiben a szerződő az esedékes biztosítási díjat az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki.

Jelen feltételek IV.2.1. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:449. § (2) bekezdésétől – a szerződő 6 hónapon belül kérheti a díjfizetés elmulasztása miatt kifizetés nélkül megszűnt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását.

XIV.1.6. Az elévülési időszak tartama

Jelen feltételek XII.2. bekezdésében foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. Jelen szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el.

I. számú melléklet – Kondíciós lista

a Nyugalom Plusz életbiztosításhoz (UG16)

Hatályos: 2024. december 1-jétől visszavonásig

E lista tartalmazza a Nyugalom Plusz életbiztosítás szerződési feltételeiben megfogalmazott, a szerződéskötéskor hatályos és a tartam során változtatható költségeket, egyéb feltételeket, illetve tudnivalókat.

Az alábbi költségeket és összeghatárokat a biztosító naptári évente legfeljebb egy alkalommal változtathatja meg.

A biztosító a változásról – a változást 30 nappal megelőzően – a szerződőt írásban értesíti.

I. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSÉNEK KÖLTSÉGE

- átutalás esetén: 0%
- postai csekken történő kifizetés esetén: 0,5%

II. ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK

A szerződéskötéskor választott biztosítási összegekhez tartozó, kockázati díj érvényesítése nélkül nyújtott asszisztencia szolgáltatások:

	Szerződéskötéskor választott biztosítási összeg	
	300.000 Ft-tól 700.000 Ft-ig	800.000 Ft-tól 1.200.000 Ft-ig
Asszisztencia szolgáltatás	Alap szintű asszisztencia szolgáltatás	Emelt szintű asszisztencia szolgáltatás

A szolgáltatásokat a biztosító a III. számú mellékletben (Asszisztencia szolgáltatások feltételei) foglaltak szerint nyújtja.

Jelen melléklet a Nyugalom Plusz életbiztosítás (UG16) szerződési feltételeinek része.

II. számú melléklet – Tájékoztató a teljes költség-mutatóról

a Nyugalom Plusz életbiztosításhoz (UG16)

Hatályos: 2025. június 10-étől visszavonásig

Ezzel a korábban hatályos II. számú melléklet hatályát veszti.

TISZTELT LEENDŐ ÜGYFELÜNK!

Az Ön által megkötni kívánt biztosítás egy klasszikus megtakarítási jellegű életbiztosítás.

Annak érdekében, hogy Ön, a szerződéshez kapcsolódó költségekről átfogó képet kapjon, a biztosítók a teljes költség-mutatót (TKM) egységesen alkalmazzák az életbiztosításoknak a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (továbbiakban Bit.) meghatározott körére, továbbá a mutató értékéről Önt, mint leendő szerződőt előzetesen tájékoztatják annak érdekében, hogy megalapozottabb döntést tudjon hozni. A TKM megegyezik a teljes költség-mutató számításáról és közzétételéről szóló 55/2015. MNB rendeletben (továbbiakban Rendelet) meghatározott teljes költség-mutatóval.

Mi a TKM?

A TKM egy, az Ön tájékoztatását szolgáló, egyszerű mutató, amely egyetlen százalékos érték segítségével fejezi ki a típuspéldában bemutatott biztosítás költségeit, köztük a termékbe beépített biztosítási kockázati fedezetek ellenértékét is.

A TKM megmutatja, hogy adott feltételezések mellett közelítőleg mekkora hozamvesztés éri Önt egy elméleti, költségmentes befektetés hozamához képest amiatt, hogy a hozamot az adott klasszikus életbiztosítási terméken keresztül érte el.

Miben szolgálja az Ön érdekeit?

A TKM segítségével Ön egyszerűbben össze tudja hasonlítani a magyar életbiztosítási piacon kínált klasszikus életbiztosítások költség szintjeit.

A bemutatott típuspélda a következő:

A TKM a Rendeletben meghatározott alábbi feltételezésekkel kerül kiszámításra.

A biztosított kora és a biztosítás időtartama

- A biztosított egy 35 éves személy, aki
 - rendszeres díjfizetés esetén 10, 15 vagy 20 éves tartamú,
 - egyszeri díjas szerződés esetén 5, 10 vagy 20 éves tartamú biztosítási szerződést köt.

A TKM kalkuláció azért történik különböző időtartamokra, hogy látható legyen, miként befolyásolják a különböző időtartamok a termék költségterhelését. Amennyiben a fenti tartamok közül valamelyikre nem történik számítás, az azt jelenti, hogy az adott tartam a konkrét termékre nem elérhető. Élethosszig szóló biztosítás esetén a fenti tartamok úgy értendők, hogy az ügyfél a feltüntetett időpontban a szerződés visszavásárlását kéri.

A biztosítás díja és a díjfizetés módja

- A fenti életkorú biztosított
 - 4 500 000 Ft-ért (vagy annak megfelelő €/USD/CHF stb.) egyszeri díjas, vagy
 - 25 000 Ft havi díjjal (vagy annak megfelelő €/USD/CHF stb.) rendszeres díjas, havi díjfizetésű biztosítást köt, ahol a díjfizetés átutalással történik.

A klasszikus életbiztosításban foglalt élet- és/vagy balesetbiztosítási, illetve egészségbiztosítási szolgáltatások

- A TKM a biztosítási feltételek szerint kötelezően választandó minimális biztosítási fedezetek kockázati díját veszi figyelembe költségként.
- Jelen Nyugalom Plusz életbiztosítás esetében a szerződésbe épített kötelező biztosítási kockázat jellemzői a következők: a szerződéskötéskor meghatározott haláleseti biztosítási összeg.

A TKM számítás a Rendeletnek megfelelően figyelembe vesz minden, a termékhez tartozó, a megtakarítás értékét csökkentő olyan költséget, ami azért merül fel, mert Ön a megtakarítást az adott klasszikus biztosításon keresztül valósította meg. Nem veszi ugyanakkor figyelembe a díjhoz és a kifizetésekhez kapcsolódó esetleges adó- és járuléktérheket és/vagy kedvezményeket.

Jelen Nyugalom Plusz életbiztosítás TKM* értéke:

10 évre: 31,08%

15 évre: 21,10%

20 évre: 17,20%

Jelen termék sajátosságai miatt a fentiekben ismertetett TKM számítási eljárástól a következő módon térünk el:

- biztosított kora 40 év (minimális belépési kor),
- maximális biztosítási összeg 1 200 000 Ft, melyhez 4 590 Ft havi díj tartozik,
- a szerződési feltételek szerinti 3%-os automatikus éves díjnövelés hatását figyelembe vettük.

Felhívjuk figyelmét, hogy bár a TKM jelen termék esetében is kiszámításra kerül, de a termék elsősorban életbiztosítási kockázatok fedezésére, nem pedig megtakarításra szolgál.

Figyelem!

Fontos tudnivaló, hogy a fentiekben bemutatott TKM értékek a típuspélda adatain túlmenően azt is feltételezték, hogy a szerződés az adott tartam alatt mindvégig élő, nem kerül módosításra, a szerződésből pénzkivonás semmilyen formában nem történik, és a megállapított díjak az adott tartam során időben, maradéktalanul megfizetésre kerülnek. Mindezt a TKM értékek által bemutatott költségszint nem szükségszerűen azonos a megvásárolni kívánt konkrét szerződés költségeivel, hanem arról megközelítő tájékoztatást nyújt. **A szerződés egyedi jellemzőinek függvényében a konkrét szerződés költségei akár lényegesen is eltérhetnek a közölt TKM értékektől.**

A Magyar Nemzeti Bank honlapján megtalálható az összes, a Rendelet szerinti TKM számítási kötelezettség alá tartozó TKM érték.

Felhívjuk a figyelmet továbbá arra, hogy a TKM fontos, de nem az egyetlen lényeges pontja a klasszikus életbiztosításokra vonatkozó ügyféltájékoztatásnak. Nem elhanyagolható szempont ugyanis a konkrét ajánlatban szereplő biztosítási fedezet jellege (élet-, baleset- vagy egészségbiztosítás) és nagysága. Hosszú távú megtakarításokról lévén szó, szempont lehet továbbá, hogy a tartam alatt esetleg megváltozó élethelyzetben a termék mennyire testre szabható (pl. milyen kiegészítő fedezettel bővíthető a biztosítás), mennyire hozzáférhető az adott szerződésben elhelyezett összeg, milyen további kényelmi megoldásokat kínál a társaság az ügyféligények kiszolgálására.

Köszönjük figyelmét és bízunk abban, hogy a TKM bemutatása is hozzájárul ahhoz, hogy különböző biztosítók által kínált életbiztosítások költségszintje átlátható és összehasonlítható legyen, és így Ön még inkább megalapozott, informált döntést hozzon a biztosítási szolgáltatás megvásárlásakor.

Generali Biztosító Zrt.

Jelen melléklet a Nyugalom Plusz életbiztosítás (UG16) szerződési feltételeinek része.

III. számú melléklet – Asszisztencia szolgáltatások feltételei

a Nyugalom Plusz életbiztosításhoz (UG16)

Hatályos: 2024. december 1-jétől visszavonásig

Jelen asszisztencia szolgáltatások feltételei a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Nyugalom Plusz életbiztosítási szerződéseinek asszisztencia szolgáltatásaira érvényesek, feltéve, hogy a biztosítási szerződést jelen asszisztencia szolgáltatások feltételeire hivatkozással kötötték.

Az asszisztencia szolgáltatásokkal kapcsolatban a biztosító – ügymenet kiszervezés keretében – közreműködőt vesz igénybe, mely meghatározott asszisztencia szolgáltatást végez (a továbbiakban: Szolgáltatás szervező). Ha a biztosító együttműködése a közreműködő Szolgáltatás szervezővel megszűnik, a biztosító a tőle elvárható módon törekszik a Magyarországon elérhető, hasonló szakmai színvonalú szolgáltatást nyújtó közreműködővel együttműködni és a szolgáltatást biztosítani.

I. FOGALMAK

Szolgáltatás szervező: Az Europ Assistance Magyarország Kft. (cégjegyzékszám: 01 09 565790; postafiók: 1399 Budapest, Pf.: 694/324.), asszisztencia szolgáltatást nyújtó társaság, a Generali Biztosító megbízottja.

Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszám: A Szolgáltatás szervező élőhangos, a nap 24 órájában elérhető telefonos egészségügyi tájékoztatási és szolgáltatásszervezési szolgáltatást működtet a **+36 1 465 3677** telefonszámon.

Biztosított: Jelen melléklet értelmében az a személy, aki a Generali Biztosító Zrt. Nyugalom Plusz életbiztosítás (UG16) termékéhez kapcsolódó asszisztencia szolgáltatásra jogosult (Nyugalom Plusz életbiztosítás (UG16) alapszolgáltatására vonatkozó rendelkezések II.1.3. pont).

Kórház: Jelen melléklet értelmében kórháznak minősül az olyan illetékes és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, továbbá szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, geriatrai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei.

Fekvőbeteg ellátás: a betegnek fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A fekvőbeteg-szakellátás célja és jellege szerint lehet aktív, krónikus, rehabilitációs illetve ápolási célú, amely igénybevétele klinikán, (szak) kórházban, szakápolási intézményben, valamint országos intézetben van lehetőség.

Mozgáskorlátozott az a személy, aki mozgásszervi károsodása, átmeneti funkciózavara miatt önerőből tömegközlekedési eszköz igénybevételeire nem képes; illetve egészségi állapota vagy kóros magatartása kizárja a szokványos közlekedési eszközök, közforgalmi járművek használatát (pl. egyensúlyzavar, szédülés, magas láz, mankóhasználat, kerekesszék használata).

II. SZOLGÁLTATÁSOK MEGHATÁROZÁSA

A biztosító az alapszolgáltatás szerződéskötésekor választott biztosítási összegétől függően – kockázati díj érvényesítése nélkül – az alapszolgáltatás alapszolgáltatásra vonatkozó kockázatviselésének kezdő napjától, de legkorábban a biztosítási szerződés technikai kezdetétől az alábbi szolgáltatásokat nyújtja a biztosított részére:

A) ALAP SZINTŰ ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁS (II.1. pontban foglaltak szerint):

- TeleDoktor szolgáltatás szervezése és finanszírozása a kockázatviselés teljes időszaka alatt,
- a biztosítottnak az alapszolgáltatás díjfizetési időszaka alatt bekövetkező balesetéből eredő, legalább 3 napos (2 éjszakás), megszakítás nélküli, kórházi fekvőbeteg ellátása utáni betegszállítási szolgáltatás szervezése és finanszírozása.

B) EMELT SZINTŰ ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁS (II.2. pontban foglaltak szerint):

- TeleDoktor szolgáltatás szervezése és finanszírozása a kockázatviselés teljes időszaka alatt,
- a biztosítottnak az alapszolgáltatás díjfizetési időszaka alatt bekövetkező balesetéből vagy betegségéből eredő, legalább 3 napos (2 éjszakás) megszakítás nélküli, kórházi fekvőbeteg ellátása utáni betegszállítási szolgáltatás szervezése és finanszírozása.

II.1. Alap szintű Asszisztencia szolgáltatás

II.1.1. TeleDoktor szolgáltatás

A kockázatviselés tartama alatt a TeleDoktor szolgáltatást a Nyugalom Plusz életbiztosítással (UG16) rendelkező biztosított évente korlátlan számban veheti igénybe a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon, melyet a biztosító finanszíroz.

A TeleDoktor szolgáltatást a biztosított a nap 24 órájában veheti igénybe. Amennyiben a biztosított általi telefonhívás időpontjában nincs elérhető, a szükséges információ nyújtására alkalmas egészségügyi végzettséggel rendelkező személy, a Szolgáltatás szervező visszahívási időpontot egyeztet a biztosítottal.

A TeleDoktor szolgáltatás nem tekinthető orvosi diagnosztikai tevékenységnek, és nem helyettesíti a közvetlen orvos-beteg találkozást, a sürgősségi, háziorvosi vagy szakorvosi vizsgálatokat.

A telefonhívás során anamnézis felvételére nem kerül sor, és szintén nem nyújtható a telefonhívás során konkrét panaszra, tünetre vonatkozó, közvetlen orvosi vizsgálatot feltételező ellátási javaslat.

A TeleDoktor szolgáltatást a Szolgáltatás szervező nyújtja, mely szolgáltatás költségét a biztosító finanszírozza. A biztosítottnak a TeleDoktor szolgáltatás igénybevételével kapcsolatosan költsége nem keletkezik. A TeleDoktor szolgáltatás nem tartalmazza az ajánlott szolgáltatások megrendelésével kapcsolatos ügyintézés és a megrendelt szolgáltatások költségének viselését.

A TeleDoktor szolgáltatás keretében a Szolgáltatás szervező az alábbiakról nyújt tájékoztatást:

- **Információs vonal**
24 órás tájékoztatás:
 - orvosi és gyermekorvosi rendelőről és ügyeletről,
 - szakorvosi rendelőről és ügyeletről,
 - gyógyszerárakról és gyógyszerári ügyeletről.
- **Egészségügyi asszisztencia**
Munkaidőben (8-16 óráig) azonnali teljesítés, munkaidőn kívüli hívás esetén visszahívás a legközelebbi munkanapon.
Belgyógyász szakorvosi véleményezés, útmutatás az alábbiak szerint:
 - általános orvosi útmutatás,
 - általános tájékoztatás diagnosztikai eredményekről, diagnózisról, gyógyszerekről,
 - szakorvosi központ ajánlása.
- **Baleseti rehabilitációs információs vonal**
A kérdések megválaszolására 2 munkanapon belül telefonos visszahívás útján kerül sor.
Egészségi rehabilitációra vonatkozó szolgáltató ajánlás:
 - gyógytornász,
 - „gépi-mozgató” terápiák,
 - fizikoterápia,
 - házi ápolási szolgálat,
 - specialista ajánlás (traumatológus stb.).
 Szociális ellátásra vonatkozó információk:
 - tájékoztatás az állami ellátás keretén belül elérhető támogatásokról, szolgáltatásokról, (jogszabály ismertetéssel):
 - > lakás-átalakítási támogatás,
 - > autóvásárláshoz támogatás,
 - > emelt összegű családi pótlék,
 - > gyógyászati segédeszköz, házi ápolás, gyógytorna, stb.,
 - a fenti támogatások igénybevételéhez szükséges szervezetek ajánlása, elérhetőségei:
 - > családgondozási szolgálatok,
 - > fogyatékos sportegyesületek,
 - > fogyatékos önszervező egyesületek (pl. mozgáskorlátozottak egyesülete stb.),
 - szakember ajánlás lakás átépítéshez.

A TeleDoktor szolgáltatás igénybevétele esetében az alábbi adatokat kell megadni a Szolgáltatás szervezőnek:

- a biztosított neve,
- a biztosított születési dátuma és helye,
- a biztosított anyja neve.

A Szolgáltatás szervező a szolgáltatási igénygelő biztosított szolgáltatásra jogosultságát megvizsgálja. Amennyiben a szolgáltatásra való jogosultság fennáll, a Szolgáltatás szervező fentiek szerint teljesíti a szolgáltatás nyújtását.

II.1.2. Alap szintű asszisztencia szolgáltatáshoz kapcsolódó betegszállítás

Biztosítási esemény: a biztosítottnak az alapbiztosítás díjfizetési időszaka alatt bekövetkező **balesetéből eredő**, legalább 3 napos (2 éjszaka), megszakítás nélküli, kórházi fekvőbeteg ellátása, melyet követően a biztosított a jelen feltétel szerinti betegszállítási szolgáltatást igénybe vesz.

Biztosítási esemény időpontja: a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásba történő felvételének (kezdő) időpontja.

Területi hatály: Magyarország. A szolgáltatás magyarországi egészségügyi szolgáltatónál vehető igénybe.

Az alap szintű asszisztencia szolgáltatáshoz kapcsolódó betegszállítás szolgáltatást a Szolgáltatás szervező szervezi, mely szolgáltatás költségét a biztosító finanszírozza. A biztosítottnak a Szolgáltatás szervező szervezésében igénybe vett alap szintű asszisztencia szolgáltatáshoz kapcsolódó betegszállítás során költsége nem keletkezik.

Az alap szintű asszisztencia szolgáltatáshoz kapcsolódó betegszállítás keretében a biztosított az alábbi szolgáltatásra jogosult az alapbiztosítás díjfizetési tartama alatt:

A biztosítottnak a biztosítási eseménnyel összefüggésben történt kórházi fekvőbeteg ellátását követően az egészségügyi szakszemélyzet (pl. mentőápoló, mentőorvos, mentőtiszt) közreműködését nem igénylő, betegszállító járművel történő hazaszállításának megszervezése a kórházból az általa megadott lakcímre és a hazaszállítás költségeinek viselése. A biztosító, illetve a Szolgáltatás szervező nem vizsgálja a biztosított mozgáskorlátozottságát a szolgáltatás igénybevételekor.

A Szolgáltatás szervező az általa szervezett betegszállítónak a szolgáltatás költségét közvetlenül téríti meg. A biztosítottnak a betegszállítással kapcsolatosan költsége nem keletkezik.

Az alapbiztosítás díjfizetési tartamát követően – azaz annak a biztosítási évnek a végétől, amelyben betöltötte a 85. életévét – a biztosított a betegszállítás szolgáltatást kizárólag a jelen melléklet III. pontjában foglaltak szerint veheti igénybe.

Teljesítési korlát: a biztosító a Szolgáltatás szervezőn keresztül az alapbiztosítás díjfizetési tartama alatt egy biztosítási éven belül kizárólag egy biztosítási eseményből eredően egy alkalommal szolgáltat, és legfeljebb a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 1 éven belül.

Betegszállítási igény bejelentése és a szolgáltatás nyújtásának feltételei

A betegszállítási szolgáltatásra való igény során a biztosított a Szolgáltatás szervezővel köteles felvenni a kapcsolatot a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon.

A betegszállítási igény bejelentésére a nap 24 órájában van lehetőség, azzal a kitételrel, hogy a Szolgáltatás szervező csak a 14 óra előtti bejelentések esetében vállalja a betegszállítás másnapra történő megszervezését.

A szolgáltatási igény bejelentése esetén a Szolgáltatás szervező a szolgáltatási igénnyel fellépő biztosított szolgáltatásra jogosultságát megvizsgálja. Amennyiben a szolgáltatásra való jogosultság fennáll, a Szolgáltatás szervező haladéktalanul megszervezi a szolgáltatás nyújtását.

Betegszállítási igény esetében az alábbi adatokat kell megadni a Szolgáltatás szervezőnek:

- a biztosított neve,
- a biztosított születési dátuma és helye,
- a biztosított anyja neve.

A betegszállítás nem jelent azonnali rendelkezésre állást. A biztosított a szállításra vonatkozó igényét legkésőbb a tervezett szállítási igényt megelőző nap 14 óráig köteles bejelenteni a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon, mely esetben a Szolgáltatás szervező legkorábban a bejelentést követő napra, illetve a biztosított által igényelt napra szervezi meg a szolgáltatást. A Szolgáltatás szervező a bejelentést követően legkésőbb 4 órán belül tájékoztatja a biztosítottat a betegszállítás várható időpontjáról.

Amennyiben a biztosított a betegszállításra vonatkozó igényét a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon 14 óra után jelenti be, a Szolgáltatás szervező megkísérli a szolgáltatás megszervezését a következő napra, de annak elmaradása nem jelenti a jelen asszisztencia szolgáltatási feltételek megszegését.

A jelen feltételek szerinti betegszállítási szolgáltatás kizárólag a Szolgáltatás szervezőn keresztül megrendelt betegszállítás esetén vehető igénybe.

A kórházból történő elbocsátás tényét és a szállíthatóság módját az elbocsátó egészségügyi dokumentáció (zárájelenítés, igazolás fekvő-beteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésről, ambuláns lap) igazolja, melyet a Szolgáltatás szervező telefonon, illetve e-mail és/vagy fax útján a saját döntése alapján bekérhet a biztosítottat kezelő kórháztól, valamint telefonon keresztül tájékozódhat a biztosított egészségügyi állapotáról a biztosítottat kezelő kórház szakszemélyzetétől. A Szolgáltatás szervező megtagadhatja a szolgáltatás nyújtását, amennyiben a biztosítottat kezelő kórház nem működik vele együtt, azaz nem adja meg a betegszállításhoz szükséges információkat.

Az elbocsátó egészségügyi dokumentációt a biztosított köteles bemutatni a betegszállítónak. Ennek elmaradása esetén a Szolgáltatás szervező és a betegszállító nem kötelezhető a szolgáltatás nyújtására.

A betegszállítást a biztosított a tudomására jutást követően azonnal, de legkésőbb a szállítás várható időpontja előtt 4 órával köteles lemondani a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon, amennyiben bármely oknál fogva a szállítás nem lehetséges (biztosítottat azonnali tájékoztatási kötelezettség terheli). Amennyiben ezt elmulasztja, a továbbiakban a biztosított betegszállítási szolgáltatásra nem jogosult.

A Szolgáltatás szervezőnek és a betegszállítónak nem kötelessége annak vizsgálata, hogy szállítható-e a biztosított, e körben kizárólag a kórház által kiadott dokumentációra hagyatkozik.

II.2. Emelt szintű Asszisztencia szolgáltatás

II.2.1. TeleDoktor szolgáltatás

A kockázatviselés tartama alatt a TeleDoktor szolgáltatást a Nyugalom Plusz életbiztosítással (UG16) rendelkező biztosított évente korlátlan számban veheti igénybe a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon, melyet a biztosító finanszíroz.

A TeleDoktor szolgáltatást a biztosított a nap 24 órájában veheti igénybe. Amennyiben a biztosított általi telefonhívás időpontjában nincs elérhető, a szükséges információ nyújtására alkalmas egészségügyi végzettséggel rendelkező személy, a Szolgáltatás szervező visszahívási időpontot egyeztet a biztosítottal.

A TeleDoktor szolgáltatás nem tekinthető orvosi diagnosztikai tevékenységnek, és nem helyettesíti a közvetlen orvos-beteg találkozást, a sürgősségi, háziorvosi vagy szakorvosi vizsgálatokat.

A telefonhívás során anamnézis felvételére nem kerül sor, és szintén nem nyújtható a telefonhívás során konkrét panaszra, tünetre vonatkozó, közvetlen orvosi vizsgálatot feltételező ellátási javaslat.

A TeleDoktor szolgáltatást a Szolgáltatás szervező nyújtja, mely szolgáltatás költségét a biztosító finanszírozza. A biztosítottnak a TeleDoktor szolgáltatás igénybevételével kapcsolatosan költsége nem keletkezik. A TeleDoktor szolgáltatás nem tartalmazza az ajánlott szolgáltatások megrendelésével kapcsolatos ügyintézését és a megrendelt szolgáltatások költségének viselését.

A TeleDoktor szolgáltatás keretében a Szolgáltatás szervező az alábbiakról nyújt tájékoztatást:

- **Információs vonal**
24 órás tájékoztatás:
 - orvosi és gyermekorvosi rendelőről és ügyeletekről,
 - szakorvosi rendelőről és ügyeletekről,
 - gyógyszerteráziáról és gyógyszerterázi ügyeletekről.
- **Egészségügyi asszisztencia**
Munkaidőben (8-16 óráig) azonnali teljesítés, munkaidőn kívüli hívás esetén visszahívás a legközelebbi munkanapon.
Belgyógyász szakorvosi véleményezés, útmutatás:
 - általános orvosi útmutatás,
 - általános tájékoztatás diagnosztikai eredményekről, diagnózisról, gyógyszerekről,
 - szakorvosi központ ajánlása.
- **Baleseti rehabilitációs információs vonal**
A kérdések megválaszolására 2 munkanapon belül telefonos visszahívás útján kerül sor.
Egészségi rehabilitációra vonatkozó szolgáltató ajánlás:
 - gyógytornász,
 - „gépi-mozgató” terápiai,
 - fizikoterápia,
 - házi ápolási szolgálat,
 - specialista ajánlás (traumatológus stb.).

Szociális ellátásra vonatkozó információ:

- tájékoztatás az állami ellátás keretén belül elérhető támogatásokról, szolgáltatásokról, (jogszába ismertetéssel):
 - > lakás-átalakítási támogatás,
 - > autóvásárláshoz támogatás,
 - > emelt összegű családi pótlék,
 - > gyógyászati segédeszköz, házi ápolás, gyógytorna, stb.,
- a fenti támogatások igénybevételéhez szükséges szervezetek ajánlása, elérhetőségei:
 - > családgondozási szolgálatok,
 - > fogyatékos sportegyesületek,
 - > fogyatékos önszolgáltató egyesületek (pl. mozgáskorlátozottak egyesülete stb.),
- szakember ajánlás lakás átépítéshez.

A TeleDoktor szolgáltatás igénybevétele esetében az alábbi adatokat kell megadni a Szolgáltatás szervezőnek:

- a biztosított neve
- a biztosított születési dátuma és helye
- a biztosított anyja neve

A Szolgáltatás szervező a szolgáltatási igénygel fellépő biztosított szolgáltatásra jogosultságát megvizsgálja. Amennyiben a szolgáltatásra való jogosultság fennáll, a Szolgáltatás szervező fentiek szerint teljesíti a szolgáltatás nyújtását.

II.2.2. Emelt szintű asszisztencia szolgáltatáshoz kapcsolódó betegszállítás

Biztosítási esemény: a biztosítottak az alapszolgáltatás díjvetési időszaka alatt bekövetkező **betegségéből vagy balesetéből eredő**, legalább 3 napos (2 éjszaka), megszakítás nélküli, kórházi fekvőbeteg ellátása, melyet követően a biztosított a jelen feltétel szerinti betegszállítási szolgáltatást igénybe veszi.

Biztosítási esemény időpontja: a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásba történő felvételének (kezdő) időpontja.

Territóriális hatály: Magyarország. A szolgáltatás magyarországi egészségügyi szolgáltatónál vehető igénybe.

Az emelt szintű asszisztencia szolgáltatáshoz kapcsolódó betegszállítás szolgáltatást a Szolgáltatás szervező szervezi, mely szolgáltatás költségét a biztosító finanszírozza. A biztosítottak a Szolgáltatás szervező szervezésében igénybe vett emelt szintű asszisztencia szolgáltatáshoz kapcsolódó betegszállítás során költsége nem keletkezik.

Az emelt szintű asszisztencia szolgáltatáshoz kapcsolódó betegszállítás keretében a biztosított az alábbi szolgáltatásra jogosult az alapszolgáltatás díjvetési tartama alatt:

- a) A biztosítottak a biztosítási eseménnyel összefüggésben történt kórházi fekvőbeteg ellátását követően az egészségügyi szakszemélyzet (pl. mentőápoló, mentőorvos, mentőtiszt) közreműködését nem igénylő, betegszállító járművel történő hazaszállításának megszervezése a kórházból az általa megadott lakcímre és a hazaszállítás költségeinek viselése.
A biztosító, illetve a Szolgáltatás szervező ebben az esetben nem vizsgálja a biztosított mozgáskorlátozottságát a szolgáltatás igénybevételekor. A Szolgáltatás szervező az általa szervezett betegszállítónak a szolgáltatás költségét közvetlenül téríti meg. A biztosítottak a betegszállítással kapcsolatosan költsége nem keletkezik.
- b) Ugyanazon biztosítási eseményhez kapcsolódó egészségügyi ellátásokra további, legfeljebb 3 alkalommal a biztosított részére egészségügyi szakszemélyzet (pl. mentőápoló, mentőorvos, mentőtiszt) közreműködését nem igénylő betegszállító járművel történő betegszállítás nyújtása (betegszállítás megszervezése és a szállítás költségeinek viselése) a kórházból történő elbocsátás időpontjától számított legfeljebb 6 hónapon belül. A szolgáltatás igénybevételének további feltétele a biztosított mozgáskorlátozottsága.
A betegszállítást a biztosított által megadott lakcímre a biztosított által megadott kórházba és onnan a biztosított által megadott lakcímre teljesíti a Szolgáltatás szervező által szervezett betegszállító. A betegszállítási szolgáltatásra abban az esetben is jogosult a biztosított, amennyiben a mozgáskorlátozottsági állapot nem a biztosítási eseményt kiváltó balesetre vagy betegségre visszavezethető okból merült fel. A Szolgáltatás szervező az általa megszervezett betegszállítónak a szolgáltatás költségét közvetlenül téríti meg. A biztosítottak a betegszállítással kapcsolatosan költsége nem keletkezik.

Az alapszolgáltatás díjvetési tartamát követően – azaz annak a biztosítási évnél a végétől, amelyben betöltötte a 85. életévét – a biztosított a betegszállítás szolgáltatást kizárólag a jelen melléklet III. pontjában foglaltak szerint veheti igénybe.

Teljesítési korlát: a biztosított a betegszállítás szolgáltatást az alapszolgáltatás díjvetési tartama alatt egy biztosítási éven belül kizárólag egy biztosítási eseményből eredően az alábbiak szerint veheti igénybe:

- a II.2.2.a) pontban igénybevett szolgáltatás vonatkozásában a fekvőbeteg tartózkodást követően a biztosított kórházból történő hazaszállítása egy alkalommal az általa megadott lakcímre,
- ugyanazon biztosítási eseményhez kapcsolódó egészségügyi ellátásokra történő oda és onnan lakcímre történő vissza szállítást legfeljebb 3 alkalommal, a kórházi elbocsátás napjától számított legfeljebb 6 hónapon belül, de legfeljebb az alapszolgáltatás díjvetési tartama alatt.

Betegszállítási szolgáltatási igény bejelentése és a szolgáltatás nyújtásának feltételei

A betegszállítási szolgáltatásra való igény során a biztosított a Szolgáltatás szervezővel köteles felvenni a kapcsolatot a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon.

A betegszállítási igény bejelentésére a nap 24 órájában van lehetőség, azzal a kitéttel, hogy a Szolgáltatás szervező csak a 14 óra előtti bejelentések esetében vállalja a betegszállítás másnapra történő megszervezését.

A szolgáltatási igény bejelentése esetén a Szolgáltatás szervező a szolgáltatási igénygel fellépő biztosított szolgáltatásra jogosultságát megvizsgálja. Amennyiben a szolgáltatásra való jogosultság fennáll, a Szolgáltatás szervező haladéktalanul megszervezi a szolgáltatás nyújtását.

Betegszállítási igény esetében az alábbi adatokat kell megadni a Szolgáltatás szervezőnek:

- a biztosított neve,
- a biztosított születési dátuma és helye,
- a biztosított anyja neve.

A betegszállítás nem jelent azonnali rendelkezésre állást. A biztosított a szállításra vonatkozó igényét legkésőbb a tervezett szállítási igényt megelőző nap 14 óráig köteles bejelenteni a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon, mely esetben a Szolgáltatás szervező legkorábban a bejelentést követő napra, illetve a biztosított által igényelt napra szervezi meg a szolgáltatást. A Szolgáltatás szervező a bejelentést követően legkésőbb 4 órán belül tájékoztatja a biztosítottat a betegszállítás várható időpontjáról.

Amennyiben a biztosított a betegszállításra vonatkozó igényét a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon 14 óra után jelenti be, a Szolgáltatás szervező megkísérli a szolgáltatás megszervezését a következő napra, de annak elmaradása nem jelenti a jelen asszisztencia szolgáltatási feltételek megszegését.

A jelen feltételek szerinti betegszállítási szolgáltatás kizárólag a Szolgáltatás szervezőn keresztül megrendelt betegszállítás esetén vehető igénybe.

• **A II.2.2.a) pont szerinti kórházból történő betegszállítási szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentés és a szolgáltatás nyújtásának egyéb feltételei**

A kórházból történő elbocsátás tényét és a szállíthatóság módját az elbocsátó egészségügyi dokumentáció (zárójelentés, igazolás fekvő-beteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésről, ambuláns lap) igazolja, melyet a Szolgáltatás szervező telefonon, illetve email és/vagy fax útján a saját döntése alapján bekérhet a biztosítottat kezelő kórháztól, valamint telefonon keresztül tájékozódhat a biztosított egészségügyi állapotáról a biztosítottat kezelő kórház szakszemélyzetétől. A Szolgáltatás szervező megtagadhatja a szolgáltatás nyújtását, amennyiben a biztosítottat kezelő kórház nem működik vele együtt, azaz nem adja meg a betegszállításhoz szükséges információkat.

Az elbocsátó egészségügyi dokumentációt a biztosított köteles bemutatni a betegszállítónak, ennek elmaradása esetén a Szolgáltatás szervező és a betegszállító nem kötelezhető a szolgáltatás nyújtására.

A betegszállítást a biztosított a tudomására jutást követően azonnal, de legkésőbb a szállítás várható időpontja előtt 4 órával köteles lemondani a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon, amennyiben bármely oknál fogva a szállítás nem lehetséges (biztosítottat azonnali tájékoztatási kötelezettség terheli). Amennyiben ezt elmulasztja, az adott alkalommal csökken az igénybe vehető betegszállítási igényeinek száma.

A Szolgáltatás szervezőnek és a betegszállítónak nem kötelessége annak vizsgálata, hogy szállítható-e a biztosított, e körben kizárólag a kórház által kiadott dokumentációra hagyatkozik.

• **A II.2.2.b) pont szerinti további 3 alkalomra vonatkozó betegszállítási szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentés és a szolgáltatás nyújtásának egyéb feltételei**

A további 3 alkalommal történő betegszállítási szolgáltatás igénybejelentésekor a Szolgáltatás szervező az alábbi iratok benyújtását kérheti emailben, vagy faxon, ha ez a bejelentett igény jogalapjának megállapításához szükséges:

- a biztosítási eseményt igazoló, az elbocsátó kórház által kiadott, elbocsátó egészségügyi dokumentációt (zárójelentés, igazolás fekvő-beteg-gyógyintézetben történő gyógykezelésről, ambuláns lap), amennyiben korábban azt még nem igazolta,
- a betegszállítási igény bejelentésekor megnevezett kórházba szóló, az ott megjelenés szükségességét igazoló egészségügyi dokumentumot, amely tartalmazza az esedékes megjelenés időpontját (pl. beutaló, zárójelentés).

Mindezek mellett a biztosított köteles telefonon keresztül tájékoztatni a Szolgáltatás szervezőt a mozgáskorlátozottság tényéről és annak indokáról. A Szolgáltatás szervező e-mail vagy fax útján is kérheti a mozgáskorlátozottság hitelt érdemlő igazolását (szakorvosi, családorvosi, szociális segítői igazolás), feltéve, hogy az a szolgáltatási igény jogalapjának elbírálásához szükséges.

A Szolgáltatás szervező fenntartja a jogot, hogy orvosával ellenőrizze a biztosított mozgásképességének korlátozottságát.

A betegszállítás igénybevételekor az egészségügyi dokumentációt (pl. beutalót) a biztosított a betegszállító részére köteles bemutatni. Ellenkező esetben a Szolgáltatás szervező nem kötelezhető a szolgáltatás nyújtására.

A Szolgáltatás szervezőnek és a betegszállítónak kifejezetten nem kötelessége annak vizsgálata, hogy szállítható-e a biztosított, illetve, hogy a biztosított által kért kórházba történő szállítás indokolt-e.

III. SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELE A BIZTOSÍTOTT SAJÁT KÖLTSÉGÉRE

Az alapbiztosítás díjfizetési tartamát követően – azaz annak a biztosítási évnek a végétől, amelyben betöltötte a 85. életévét – a biztosított saját költségére veheti igénybe a betegszállítás szolgáltatást, a jelen pont szerinti biztosítói szolgáltatás kizárólag a betegszállítás Szolgáltatás szervező általi megszervezésére terjed ki. A szolgáltatási igény bejelentése és a betegszállítási szolgáltatás megszervezésének folyamata megegyezik a jelen melléklet II.1. pontjában írtakkal, azzal, hogy a költségek kiegyenlítésére a biztosított köteles a szolgáltatás helyszínén az alábbiak szerint:

A biztosított a betegszállítás költségeit a betegszállítónak köteles készpénzben megfizetni, a biztosító vagy a Szolgáltatás szervező költségviselésre nem kötelezhető. A betegszállításra vonatkozó jogviszony minden esetben a biztosított és az adott szolgáltatást nyújtó, betegszállítást vállaló vállalkozás között jön létre, így a vállalkozás tevékenységért a biztosító és a Szolgáltatás szervező semmilyen felelősséget nem vállal. A Szolgáltatás szervező a szolgáltatások igénybevételeéhez szükséges szolgáltatói hálózatot és szolgáltatás szervezést biztosítja.

IV. KIZÁRÁSOK

IV.1. A biztosító kockázatviselése a jelen asszisztencia szolgáltatások esetében az alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések X. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki.

IV.2. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:

- a) járványok vagy fertőző megbetegedések, amelyek az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 4., 5. vagy 6. fázisba tartoznak a járványokra alkalmazott kategorizálásban,
- b) a nemi jelleg megváltoztatása,
- c) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei.

V. AZ ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK MEGSZŰNÉSE

V.1. Az asszisztencia szolgáltatás megszűnése valamennyi biztosított vonatkozásában

A jelen asszisztencia szolgáltatások feltételei szerinti biztosítási szolgáltatás a szolgáltatás teljesítésének lehetetlenné válása miatt megszűnik abban az esetben, ha a biztosító és a Szolgáltatás szervező partner közötti szerződés bármely okból megszűnik. A szolgáltatás megszüntetéséről a biztosító a szerződőt a megszüntetés hatályba lépését megelőző 60 nappal tájékoztatja.

Ebben az esetben a szerződő jogosult a biztosítási szerződést a megszűnés hatályba lépését megelőző 30 nappal írásban felmondani (alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések II.5.1. pont).

V.2. Az asszisztencia szolgáltatás megszűnése egyes biztosítottak vonatkozásában

- a) a betegszállítás szolgáltatás megszűnik:
 - az alapbiztosítás megszűnésének időpontjában (alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések II.5.),
- b) a TeleDoktor szolgáltatás megszűnik:
 - az alapbiztosítás megszűnésének időpontjában (alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések II.5.).

V.3. A betegszállítás szolgáltatás módosulása egyes biztosítottak vonatkozásában

Az alapbiztosítás díjfizetési tartamát követően – azaz annak a biztosítási évnek a végétől, amelyben betöltötte a 85. életévét – a biztosított a betegszállítás szolgáltatást kizárólag a jelen melléklet III. pontjában foglaltak szerint, saját költségére veheti igénybe.

Jelen melléklet a Nyugalom Plusz életbiztosítás (UG16) szerződési feltételeinek része.

IV. számú melléklet – Kiegészítő biztosítások különös feltételei

a Nyugalom Plusz életbiztosításhoz (UG16)

A) Baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételei

Hatályos: 2024. december 1-jétől

Jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Nyugalom Plusz életbiztosítási szerződéseinek baleseti kórházi napi térítés kiegészítő kockázatára érvényes, feltéve, hogy a biztosítási szerződést jelen különös feltételekre hivatkozással kötötték.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az alapbiztosítás díjfizetési tartama alatt bekövetkezett baleset (alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések XIII.1.), melynek következtében a biztosított folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, amennyiben az orvosilag szükséges.
- I.2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba (alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések XIII.2.) több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A kórházi felvétel több napra szól, ha a kórházból való elbocsátás későbbi napon történt, mint a kórházi felvétel. A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.
- I.3. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító a baleset napjától számított 2 éven belül, a baleseti következmények elhárítása miatt szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra nyújt szolgáltatást.
- II.2. A szolgáltatás összege a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ellátási napokon hatályos kötvényben rögzített biztosítási összegnek és a kórházi ellátási napok számának a szorzata.
Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete miatt jelen kiegészítő biztosítás megszűnését követően részesül kórházi fekvőbeteg-ellátásban, akkor a térítés mértékének megállapításánál az utolsó hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.
- II.3. Amennyiben a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátása az adott kórház intenzív ellátást biztosító osztályán történik, az intenzív osztályon történő ellátás napjaira a biztosító a biztosítási összeg 200%-át téríti meg.
Jelen feltétel vonatkozásában intenzív osztálynak kizárólag az az osztály tekinthető, amely neve, működése, és működési engedélye alapján ilyen ellátásra jogosult.
Jelen feltétel vonatkozásában nem számít intenzív osztályon történő ellátásnak a subintenzív osztályon vagy részlegen, illetve a postoperatív őrzőben történő ellátás.
- II.4. Ha a biztosítási évforduló napja belesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesült, akkor a biztosító a biztosítási évforduló napjától kezdve az automatikus díjnövelésre tekintettel (alapbiztosításra vonatkozó rendelkezései IV.5.) a megnövelt összegű biztosítási összeget veszi figyelembe a szolgáltatásnál.
- II.5. A biztosító a biztosítási összeget forintban tartja nyilván. A szolgáltatási összeg kifizetése forintban történik.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a kórházi ellátás befejezését követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni, azzal, hogy a jelen pontban írt határidő nem jogvesztő.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetatlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerűségének megállapításához szükséges:
 - a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
 - b) továbbá a balesettel kapcsolatos biztosítási eseménnyel összefüggésben a következő iratok másolatát:
 - kórházi zárójelentés;
 - intenzív osztály zárójelentése – amennyiben történt ilyen ellátás;
 - a baleseti, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült;
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült;
 - közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv;
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye;
 - a balesettel/annak következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények;
 - a balesetet követő első orvosi ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum;
 - a biztosító kérheti a biztosított állapotleírását tartalmazó Kezelőorvosi állapotleírás című nyomtatvány kitöltését is.

A biztosító kérheti a **fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását** és bármely, az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását.

- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához – a szolgáltatási igény biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján – egyéb iratokat is beszerezhet, melyről az ügyfelet tájékoztatja.
- III.5. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés, az orvosi ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.
- III.6. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.

IV. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

A biztosító jelen kiegészítő biztosítási kockázat esetében az alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések szerinti esetekben mentesül a baleseti kórházi napi térítés szolgáltatás teljesítése alól.

V. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

- V.1. A biztosító jelen kiegészítő biztosítási kockázat esetében az alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések X. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.
- V.2. A biztosító balesetbiztosítási kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - a) az olyan kórházi ápolás, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a szülőnek a gyermeke miatti kórházi tartózkodása, a biztosítottnak a szülője ápolása miatti kórházi tartózkodása,
 - b) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógytérápiák, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
 - c) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés,
 - d) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei,
 - e) a fogpótlás.

VI. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS MEGSZŰNÉSE

A jelen kiegészítő biztosítási kockázat megszűnik:

- a) az alapbiztosítás megszűnésének időpontjában (alapbiztosítás vonatkozóra rendelkezések II.5.),
- b) legkésőbb annak a biztosítási évnek az utolsó napján, amelyben a biztosított 85. életévét betölti, valamint
- c) a biztosítási szerződés díjmentesítése esetén a díjmentesítés időpontjában.

IV. számú melléklet – Kiegészítő biztosítások különös feltételei

a Nyugalom Plusz életbiztosításhoz (UG16)

B) Csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételei

Hatályos: 2024. december 1-jétől

Jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Nyugalom Plusz életbiztosítási szerződéseinek csonttörésre vonatkozó kiegészítő kockázatára érvényesek feltéve, hogy a biztosítási szerződést jelen különös feltételekre hivatkozással kötötték.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az alapbiztosítás díjfizetési tartama alatt bekövetkezett baleset (alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések XIII.1.), melynek következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved. Jelen különös feltétel szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.
- I.2. A biztosítási esemény időpontja a baleset időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén balesetenként – a törések számától függetlenül – a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti meg.
- II.2. A biztosító a biztosítási összeget forintban tartja nyilván. A szolgáltatási összeg kifizetése forintban történik.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell bejelenteni a biztosítónak, azzal, hogy a jelen pontban írt határidő nem jogvesztő.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
- III.3. A szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerűségének megállapításához szükséges:
 - a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
 - b) továbbá a balesettel kapcsolatos biztosítási eseménnyel összefüggésben a következő iratok másolatát:
 - a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás;
 - a baleseti, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült;
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült;
 - közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv;
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye;
 - a balesettel/annak következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények;
 - a balesetet követő első orvosi ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum;
 - a biztosító kérheti a biztosított állapotleírását tartalmazó Kezelőorvosi állapotleírás című nyomtatvány kitöltését is.

A biztosító kérheti **a fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását** és bármely, az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását.

- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához – a szolgáltatási igény biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján – egyéb iratokat is beszerezhet, melyről az ügyfelet tájékoztatja.
- III.5. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.
- III.6. A biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.

IV. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

A biztosító jelen kiegészítő biztosítási kockázat esetében az alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések szerinti esetekben mentesül a csonttörésre vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól.

V. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen kiegészítő biztosítási kockázat esetében az alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések X. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

VI. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS MEGSZŰNÉSE

A jelen kiegészítő biztosítási kockázat megszűnik:

- a) az alapbiztosítás megszűnésének időpontjában (alapbiztosítás vonatkozóra rendelkezések II.5.),
- b) legkésőbb annak a biztosítási évnek az utolsó napján, amelyben a biztosított 85. életévét betölti, valamint
- c) a biztosítási szerződés díjmentesítése esetén a díjmentesítés időpontjában.

Jelen különös feltételek a Nyugalom Plusz életbiztosítás (UG16) szerződési feltételeinek része.

IV. számú melléklet – Kiegészítő biztosítások különös feltételei

a Nyugalom Plusz életbiztosításhoz (UG16)

C) Kórházi lopásra vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételei

Hatályos: 2024. december 1-jétől

Jelen kiegészítő biztosítás különös feltételei a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) Nyugalom Plusz életbiztosítási szerződéseinek kórházi lopásra vonatkozó kiegészítő kockázatára érvényesek, **feltéve, hogy a biztosítási szerződés egyidejűleg tartalmaz baleseti kórházi napi térítésre és csonttörésre vonatkozó kiegészítő biztosítást.**

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. A kórházi lopás kiegészítő biztosítás esetében a biztosítási esemény – az alapbiztosítás díjfizetési tartama alatt – a biztosított kórházi ellátása idején és helyén a biztosított:
 - a) általános háztartási ingóság vagyongcsoportba tartozó vagyontárgyainak jogtalan eltulajdonítása;
 - b) állandóan lakott lakóépülethez/lakásához tartozó kulcsainak jogtalan eltulajdonítása, mely miatt a zár cseréjével kapcsolatban igazolt költségei merülnek fel;
 - c) lakossági forint vagy deviza számlájához tartozó bankkártya, hitelkártya eltulajdonítása, mely miatt letiltási és újrabeszerzési költségei merülnek fel.
- I.2. Általános háztartási ingóság vagyongcsoportba tartozó vagyontárgynak minősül mindazon vagyontárgyak összessége, melyek egy háztartásban általánosan előfordulnak, a biztosítottak személyes használatára, fogyasztására szolgálnak, mint például:
 - a) híradástechnikai készülékek (pl. laptop, tablet, mobiltelefon, rádió, stb.),
 - b) ruházat, óra, szemüveg, műfogsor, hallókészülék
 - c) minden egyéb, ami nem minősül:
 - műértéknek,
 - ékszernek, drágakőnek,
 - készpénznek, értékpapírnak.

Jelen különös feltétel szempontjából

- műértéknek minősül minden olyan képzőművészeti és iparművészeti ingóság, amely nem gyári sokszorosítással készül, a példányszáma korlátozott és színvonalát tekintve műalkotásnak nevezhető;
- ékszernek, drágakőnek minősül minden olyan fémjellel ellátott, nemesfémről gépi vagy kézi megmunkálással készült ékszer, foglalt és foglalatlan csiszolt drágakövek, tenyésztett és valódi gyöngy, nemesfém és/vagy drágakövel díszített óra.
- készpénznek, értékpapírnak minősül minden olyan belföldi fizetőeszköz, valamint a Magyar Nemzeti Bank által jegyzett, kereskedelmi forgalomban lévő valuta, kereskedelmi forgalomban lévő értékpapírok, betétkönyvek.

- I.3. A biztosítási esemény időpontja az I.1. pontban részletezett tárgyak eltulajdonításának időpontja.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító szolgáltatása kiterjed a biztosított kórházi ellátása idején és helyén eltulajdonított,
 - a) általános háztartási ingóság vagyongcsoportba tartozó vagyontárgyainak számlával igazolt, újrabeszerzési költségeire,
 - b) állandóan lakott lakóépülethez/lakásához tartozó kulcsainak jogtalan eltulajdonítása következtében felmerült zár cseréjével kapcsolatban igazolt költségeire,
 - c) a felügyeleti hatóság engedélyével, Magyarországon működő banknál vezetett, lakossági forint vagy deviza számlájához tartozó bankkártyájának (VISA, EDC, ATM, stb.), hitelkártyájának jogtalan eltulajdonítása miatt felmerült és igazolt letiltási és újrabeszerzési költségekre.

- II.2. **A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén legfeljebb 50 000 Ft összeghatárig történő térítést nyújt.**

A biztosító egy biztosítási év alatt csak egy biztosítási eseményre teljesít szolgáltatást.

Egy biztosítási időszakban bekövetkezett több biztosítási esemény bejelentése esetén a biztosító az időben korábban bekövetkezett biztosítási eseményre teljesít szolgáltatást.

- II.3. A szolgáltatási összeg kifizetése forintban történik.

- II.4. A biztosított köteles a biztosítási eseményre vonatkozóan rendőrségi feljelentést tenni, a biztosítási esemény körülményeit jegyzőkönyvben rögzíttetni és a rendőrségi jegyzőkönyvet a szolgáltatási igénybejelentéshez csatolni.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell a biztosítónál bejelenteni, azzal, hogy a jelen pontban írt határidő nem jogvesztő.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetatlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. A szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagyösszegezésének megállapításához szükséges:
- a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő,
 - kórházi tartózkodásra vonatkozó zárójelentés másolati példánya,
 - a rendőrségnél, illetve szabálysértési hatóságnál tett feljelentésről készült jegyzőkönyv másolati példánya, valamint
 - az I.1.a) pontban leírt biztosítási esemény esetén az általános háztartási ingóság vagyoncsoportba tartozó eltulajdonított vagyontárgyak vásárlását, valamint az újrabeszerzését igazoló számlák másolati példányai,
 - az I.1.b) pontban leírt biztosítási esemény esetén a zárcserét igazoló számlák másolati példányai,
 - az I.1.c) pontban leírt biztosítási esemény esetén a bankkártya, hitelkártya letiltással és újrabeszerzéssel kapcsolatban felmerült költségek alátámasztását szolgáló dokumentumok másolati példányai.

IV. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

A biztosító jelen kiegészítő biztosítási kockázat esetében az alapbiztosításra vonatkozó rendelkezések IX.1 pontjában meghatározottak szerinti esetekben mentesül a kórházi lopásra vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól.

V. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosítás nem nyújt fedezetet az eltulajdonított bankkártyával, hitelkártyával való visszaélés (pl.: jogosulatlan pénzfelvétel, vásárlás) miatt bekövetkező károokra.

VI. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS MEGSZŰNÉSE

A jelen kiegészítő biztosítási kockázat megszűnik:

- a) az alapbiztosítás megszűnésének időpontjában (alapbiztosítás vonatkozóra rendelkezések II.5.),
- b) legkésőbb annak a biztosítási évnek az utolsó napján, amelyben a biztosított 85. életévét betölti,
- c) a biztosítási szerződés díjmentesítése esetén a díjmentesítés időpontjában, valamint
- d) baleseti kórházi napi térítés és/vagy a csonttörés kiegészítő kockázat bármely okból történő megszűnésének időpontjában.

VII. KOCKÁZATI DÍJ

Jelen kiegészítő biztosítási kockázatot a biztosító kockázati díj érvényesítése nélkül nyújtja.