

TÖBBMILLIÓS SEGÍTSÉG

balesetbiztosítás általános és
különös szerződési feltételei
(TMILL23)

Hatályos: 2023. augusztus 26-ától

Nysz.: 24073



GENERALI

Tartalomjegyzék

TöbbMilliós Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)	3	Baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei	14
I. A biztosítási szerződés tartalma	3	Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei	15
II. Általános rendelkezések	3	Csonttörésre és fogtörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei	17
III. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	5	Lágyrészek sérülésére vonatkozó biztosítás különös feltételei	18
IV. A biztosítási díj	6	Baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei	20
V. Biztosítási események, biztosítási szolgáltatások, biztosító teljesítésének feltételei, a biztosítói szolgáltatás kifizetésének választható formája és módja	7	Baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei	22
VI. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól.	8	Égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei	24
VII. A biztosító kockázatviseléséből kizárt események	8	Baleseti költségterítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei	26
VIII. Egyéb rendelkezések	9	Kerekesszék költségének megtérítésére vonatkozó biztosítás különös feltételei	28
IX. Fogalomtár	9	Kullancscsípés okozta benuulásra vonatkozó biztosítás különös feltételei	29
X. A Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályok.	10	Speciális műtétekre vonatkozó biztosítás különös feltételei	30
1. számú melléklet – Maradandó egészségkárosodás mértékére vonatkozó táblázat	12	Baleseti jogvédelmi biztosításra vonatkozó különös feltételek	31
2. számú melléklet – Műtéti csoportok műtéti térítési kategóriák szerinti besorolása	13	Betegszállítás és Teledoktor szolgáltatásra vonatkozó biztosítás különös feltételei	36

TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)

Jelen balesetbiztosítási szerződési feltételek (továbbiakban: általános feltételek) a különös feltételekkel együtt a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) **TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződéseire (továbbiakban: szerződés) érvényesek** feltéve, hogy a szerződést a jelen általános feltételekre és az adott különös feltételekre hivatkozással kötötték.

Az általános feltételekhez a szerződő és a biztosított ajánlaton megjelölt választása szerinti szolgáltatást tartalmazó balesetbiztosítások **különös feltételei** kapcsolódnak.

Jelen általános feltételekben, valamint a különös feltételekben (a továbbiakban együtt: feltételek) nem szabályozott kérdésekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezései, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályok** az irányadóak.

A különös feltételek jelen általános feltételekben foglaltaktól eltérhetnek, az általános és különös feltételek eltérése esetén a különös feltételek rendelkezései az irányadóak.

A biztosítási szerződés részét képező Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések és a feltételekben foglaltak eltérése esetén a feltételek rendelkezései irányadóak.

I. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTALMA

A biztosítási szerződés alapján a biztosító a jelen általános feltételekben és a különös 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. A **biztosító** az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- II.1.2. A **szerződő** az a fél, aki a biztosítási szerződést a biztosítóval megkötöti 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. A **biztosított** az a 0 és 79 év közötti természetes személy, akit a biztosítási szerződésben biztosítottként neveztek meg, és akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.
- A biztosítási szerződés létrejöhet egy vagy több biztosítottra vonatkozóan, az egy biztosítottra kötött szerződésbe azonban utóbb nem léptethető be további biztosított.
- II.1.4. Ha a szerződő és a biztosított különböző személy, a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról, a biztosítási szerződés, illetve a biztosított jogviszony létrejöttéről, tartalmáról és az abban bekövetkező esetleges változásokról, valamint a szerződés (biztosított jogviszony) megszűnéséről köteles a biztosítottat tájékoztatni.
- II.1.5. **A biztosított a biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. Ennek következtében a szerződés – több biztosított esetén a szerződésnek az adott biztosítottra vonatkozó része – az aktuális biztosítási év végével megszűnik kivéve, ha a biztosított a szerződésbe szerződőként belép.**
- II.1.6. **A biztosított a biztosítási szerződésbe szerződőként beléphet.**
- A szerződő személyének változásáról a biztosítót írásban értesíteni kell.
- 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.1.7. A szerződő és a biztosított(ak) írásbeli hozzájárulásával **harmadik személy** a biztosítási szerződésbe **új szerződőként beléphet.**
- A szerződő személyének változásáról a biztosítót írásban értesíteni kell.
- II.1.8. A **kedvezményezett** az a személy, aki a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatásokra jogosult.
- a) A **biztosított életében esedékes** szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított,
b) A **biztosított halála esetén** esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a szerződésben a szerződő és az adott biztosított által név szerint megnevezett személy, ennek hiányában az adott biztosított örököse(i).
- II.1.9. A **szerződő az adott biztosított írásbeli hozzájárulásával** ajánlattételkor, illetve a biztosítási szerződés hatálya alatt bármikor a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal az II.1.8. b) pontban megfogalmazottak szerint az adott biztosítottra vonatkozóan **kedvezményezettet jelölhet meg**, illetve bármikor ugyanilyen formában a kedvezményezett-jelölést **módosíthatja** feltéve, hogy a kedvezményezett-jelölés vagy annak módosítása a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a biztosító tudomására jut.
- II.1.10. **A kedvezményezett-jelölés hatályát veszti**, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

- II.1.11. **A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett-jelölést tartalmazó része semmis**, ilyen esetben kedvezményezettnek az adott biztosítottat, vagy annak örökösét kell tekinteni, aki a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.
- II.1.12. **Amennyiben a biztosítási szerződésben az adott biztosítottra vonatkozóan kedvezményezettet nem neveztek meg**, vagy ha a **kedvezményezett-jelölés hatályát veszítette** (II.1.10. pont), vagy nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, **akkor a biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások kedvezményezettje 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 biztosító a szerződő fél ajánlatának elfogadása előtt kockázatbírálást nem végez.** A biztosítási ajánlat elfogadása a biztosítónak az ajánlattal megegyező, vagy az ajánlattól eltérő tartalmú biztosítási fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: kötvény) kiállításával vagy ráutaló magatartással (hallgatólagosan) történik.

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

- II.2.4. **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.2.5. **A fogyasztói 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.
- II.2.6. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a feltételektől, akkor a biztosító a biztosítási 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 napra írásban megszüntetheti.** (Ráutaló magatartással [hallgatólagosan] létrejött szerződés utólagos megszüntetése.) Ilyen esetben a biztosító a már megfizetett díjat visszafizeti a szerződőnek.
- II.2.7. A szerződő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig van kötve.
- II.2.8. A szerződés tartama alatt nincs lehetőség csomagváltásra.

II.3. A kockázatviselés kezdete, a várakozási idő

- II.3.1. A jelen feltételek eltérő rendelkezése 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. A felek ettől a rendelkezéstől külön megállapodásukkal eltérhetnek.
- II.3.2. A biztosító a biztosítási szerződésben **várakozási időt nem köt ki.**

II.4. A szerződés tartama

- II.4.1. A biztosítási szerződés határozott tartamra jön létre.
- II.4.2. A biztosítási szerződés tartama a biztosítási szerződésben megjelölt biztosítottak közül a legfiatalabb biztosított életkorához igazodik azzal, hogy amennyiben a szerződésben Kölyök és Háttér és/vagy Y generáció és/vagy Támasz szegmenshez tartozó biztosítottak is szerepelnek, akkor a biztosítási szerződés tartama azon biztosított életkorához igazodik, aki a 25. vagy 80. életévét a legkésőbb tölti be.

II.5. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

A biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén megszűnik (a szerződés teljes megszűnése):

- a díjfizetés elmulasztása esetén, jelen feltételek IV.3. pontjában meghatározottak szerint;
- a szerződés egésze vonatkozásában gyakorolt rendes felmondással (II.7.1. pont);
- a ráutaló magatartással (hallgatólagosan) létrejött biztosítási szerződés utólagos megszüntetése esetén (II.2.6. pont);
- több biztosítottra kötött szerződés esetén az összes biztosítottnak a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén feltéve, hogy a biztosítási szerződésbe szerződként egyik biztosított sem lép be;
- a biztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása, a biztosítónak erről való tudomásszerzése esetén – amennyiben a lényeges körülmények megváltozása miatti felmondás valamennyi biztosítottat érinti – a 30 napos felmondási idő elteltével (III.3. pont).

II.6. A biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén az adott biztosított vonatkozásában megszűnik (részleges megszűnés):

- az Y-generáció, és/vagy Háttér, és/vagy Támasz szegmens vonatkozásában ha a biztosított a 80. életévét betölti, az adott biztosítási időszak végén;
- a Kölyök szegmens vonatkozásában ha a biztosított a 25. életévét betölti, az adott biztosítási időszak végén;
- a biztosított halála esetén;
 - amennyiben az adott biztosítottra vonatkozóan a szerződés nem tartalmaz haláleseti szolgáltatást, úgy a szerződés kifizetés nélkül megszűnik a halál időpontjával, és a többletdíj visszafizetésre kerül a szerződő részére;

- amennyiben az adott biztosítottra vonatkozóan a szerződés tartalmaz haláleseti szolgáltatást, úgy a szerződés a feltételekben foglaltaknak megfelelő haláleseti szolgáltatás teljesítésével vagy a szolgáltatási igény elutasításával megszűnik, figyelemmel az VI., VII. mentesülés, kizárás fejezetekben foglaltakra és a biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában a biztosított halálával megszűnik;
- d) az adott biztosított vonatkozásában gyakorolt rendes felmondással (II.7.1. pont);
- e) a biztosítottnak – amennyiben nem ő a szerződő fél – a biztosítási szerződés létrejöttéhez adott hozzájárulásának írásbeli visszavonásával az aktuális biztosítási időszak végén;
- f) a biztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása, a biztosítónak erről való tudomásszerzése esetén – az adott biztosított vonatkozásában – a 30 napos felmondási idő elteltével (III.3. pont).

Amennyiben a szerződésben kizárólag egy fő biztosított van, vagy a fenti megszűnési okok valamennyi biztosított vonatkozásában fennállnak, akkor a jelen pontban szabályozott megszűnési okok bármelyikének bekövetkezése esetén a biztosítási szerződés teljes egészében megszűnik.

II.7. A szerződés rendes felmondása

- II.7.1. A biztosítási szerződést – több biztosítottra kötött szerződés esetén annak az adott biztosítottra vonatkozó részét – **a szerződő írásban, 30 napos felmondási idő** mellett, **a biztosítási időszak utolsó napjára** mondhatja fel.
- II.7.2. A biztosító a biztosítási szerződést – több biztosítottra kötött szerződés esetén annak az adott biztosítottra vonatkozó részét – **írásban, 30 napos felmondási idő** mellett, **a biztosítási időszak utolsó napjára** mondhatja fel.
- II.7.3. A rendes felmondással megszüntetett biztosítási szerződés szerinti biztosítási fedezetet a biztosító nem állítja helyre, a szerződés nem reaktíválható.

II.8. A biztosítási szerződés területi hatálya

A biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed, feltéve, hogy a különös feltételek másként nem rendelkeznek

III. A BIZTOSÍTÁSI 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 egyéb rendelkezésének hiányában a jogosult a biztosítási szerződés szerinti jognyilatkozatok megtételére. Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.
- III.1.2. A biztosító köteles a biztosítási szerződés alapján a feltételekben meghatározott szolgáltatások nyújtására.
- III.1.3. A biztosító a hozzá bejelentett kérelem teljesítését szükség esetén a szerződő, biztosított, kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult személyes megjelenéséhez kötheti.

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

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

III.2.1. A szerződő és a biztosított közlési kötelezettsége

A közlési kötelezettség alapján a **szerződő és a biztosított szerződéskötéskor, 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 hangfelvételeken szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

- III.2.2. **A közlésre és változás bejelentésére 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.2.3. A szerződő és a biztosított változásbejelentési kötelezettsége

A szerződő és a biztosított/biztosítottak kötelesek a biztosítás fennállása alatt **5 munkanapon belül írásban bejelenteni** az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő **lényeges körülmények megváltozását**.

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 választása esetén szerződő email címe, továbbá a biztosított tevékenységének (foglalkozás, munka, sport, egyéb) megváltozása.

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

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

- III.3.1. **Ha a biztosító a biztosítási szerződés létrejötte után szerez tudomást a biztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási szerződés módosítására, illetőleg a biztosítási szerződést, több biztosított esetén annak csak az adott biztosítottra vonatkozó részét, 30 napos felmondási idővel, írásban felmondhatja.**

Ha a biztosító e jogával nem él, a szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.

- 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.**
- III.3.3. Ha a szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a III.3. bekezdésben meghatározott jogait a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

IV. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

IV.1. A biztosítási díj megállapítása, a biztosított belépési kora

- 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 történik.
- IV.1.3. A biztosító a biztosítási szerződés megkötésekor a biztosított/ak belépési korát úgy állapítja meg, hogy a díjfizetés technikai kezdetének évszámából levonja az adott biztosított születésének évszámát.

IV.2. A biztosítási díj fizetése (a díjfizetés gyakorisága, a díjfizetés technikai kezdete, a díj esedékességének időpontja), a biztosítási időszak, a biztosítási évforduló fogalma

- IV.2.1. **A biztosítási szerződés rendszeres éves díjfizetésű.** A biztosítási évre vonatkozó rendszeres éves díj havi, negyedéves és féléves részletekben is fizethető. Csekkes díjfizetési mód választása esetén havi és negyedéves díjfizetésű ütem nem választható.
- IV.2.2. **A díjfizetés gyakoriságát a szerződő ajánlattételkor határozza meg,** és a szerződés tartama alatt bármikor igényelheti a díjfizetési ütem változtatását a változásbejelentést követő hónap elsejétől kezdődően.
- IV.2.3. **A díjfizetés technikai kezdete az ajánlaton és a kötvényen ekként megjelölt időpont, mely nem lehet korábbi, mint az ajánlat keltezését követő hónap első napja. Ez a nap egyben a biztosítási évforduló napja is.**
- IV.2.4. **A biztosítási időszak egy év,** amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik, és ettől számítva egy évig tart (továbbiakban: biztosítási év).
- IV.2.5. A biztosítási szerződés első díja a felek által meghatározott időpontban, ennek hiányában a szerződés létrejöttékor, minden további rendszeres díj pedig annak a díjfizetési időszaknak (év, félév, negyedév, hónap) az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- IV.2.6. Az első díj a biztosító kockázatviselésének kezdő napjától a díjfizetés technikai kezdetéig terjedő időszakra és az első díjfizetési időszakra is vonatkozik.
- IV.2.7. A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amely napon a biztosítási díj a biztosító számlájára beérkezik.

IV.3. A díjfizetés elmulasztásának következményei

- IV.3.1. **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 tűzésével a teljesítésre írásban felhívja.**
- Ha a szerződő a kitűzött póthatáridőig fizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosító a biztosítási szerződést a díjrendeztettség napjával megszünteti kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.**
- IV.3.2. **Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a biztosító – a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával – eredménytelenül hívta fel a szerződő felet a befizetés kiegészítésére, a szerződés változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.**
- IV.3.3. 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 megszünt szerződés szerinti biztosítási fedezet helyreállítását kérni (reaktiválás). Ebben az esetben a biztosító jogosult kockázatelbírálást végezni, és a kérést teljesíteni vagy indoklás nélkül elutasítani.
- IV.3.4. Ha a biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, 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.4. Értékkövetés

Általános szabályok

- A biztosító a biztosítási összeg(ek) és a biztosítási díjat évente egy alkalommal az árszínvonal változásához hozzáigazítja (továbbiakban: értékkövetés). Az értékkövetés a biztosítási évforduló napjától hatályos.
- Az értékkövetés mértékének meghatározása a Központi Statisztikai Hivatal Fogyasztói Árindex kiadványában közzétett indexszámok alapján történik.
- Az értékkövetés alapja a biztosítási évforduló előtti negyedik hónapot megelőző 12 hónap havi fogyasztói árindexének szorzata által mutatott százalékos érték (továbbiakban: indexszám). Ha az így számított érték 5%-nál kisebb, akkor az indexszám 5%.
- A biztosító az értékkövetési folyamat keretében a biztosítási évforduló előtt legalább 2 hónappal értesítést küld a következő biztosítási évre vonatkozó új biztosítási összeg(ek)ről és az évfordulótól fizetendő új éves biztosítási díjról. Ha a szerződő a módosítással nem kíván élni, akkor jogosult az értékkövetést az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban visszautasítani vagy – választása szerint – a szerződést évfordulóra (az évfordulót megelőzően), a felmondási idő megtartása nélkül, írásban felmondani.
Ha a szerződő az értékkövetést a 30 napos határidőn belül nem utasítja el, vagy a szerződést nem mondja fel, akkor a szerződés a megnövelt biztosítási összeggel és díjjal módosul a biztosítási évforduló napjával.
- A biztosító a biztosítási összeg és a biztosítási díj változásáról, a változástól számított 30 napon belül kötvényt állít ki kivéve, ha a IV.4. pont d) bekezdésben rögzített értesítésben a biztosító valamennyi, a szerződést érintő változást közölte.

V. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK, BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK, A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI, A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSÉNEK VÁLASZTHATÓ FORMÁJA ÉS MÓDJA,

V.1. A biztosítási események

A jelen általános feltételek és a hozzá kapcsolódó különös feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés szerinti biztosítási események a különös feltételekben ilyenként meghatározott események.

V.2. A biztosítási szolgáltatások

A biztosító a különös feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja a kedvezményezett(ek) részére.

A biztosító kizárólag a feltételekben megjelölt költségeket téríti meg. A szolgáltatási igény benyújtásával kapcsolatban felmerült költségeket abban az esetben téríti meg a biztosító, amennyiben a különös feltételek alapján erre kifejezetten kötelezettséget vállalt.

V.3. A biztosító teljesítésének feltételei

V.3.1. A biztosítási esemény bejelentésének módja és határideje

A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül kell bejelenteni a biztosítónál.

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 kideríthetetlené válnak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**

V.3.2. A biztosító teljesítéséhez (kifizetéshez) szükséges dokumentumok

A szerződésben szereplő **biztosítási kockázatokra vonatkozó igénybejelentés esetén** a biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ezek a bejelentett szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összességének megállapításához szükségesek:

- **a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, valamint**
- **az irányadó különös feltételekben meghatározott dokumentumokat.**

A **biztosító** a jelen általános feltételekben és a különös feltételekben megjelölt iratok mellett a szolgáltatási igény elbírálásához **jogosult be-kérni az alábbi dokumentumok másolatát is**, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összességének megállapításához szükségesek.

- V.3.2.1. **A biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratokat** (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);
- V.3.2.2. A biztosító által rendelkezésre bocsátott és a **biztosított kezelőorvosa/az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatványt a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a biztosított egészségi állapotáról, illetve a biztosított kórelőzményi adatairól;**
- V.3.2.3. A biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő **egészségügyi dokumentumait:** házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
- V.3.2.4. **A társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratokat** (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- V.3.2.5. A biztosítottnak a biztosító kockázatviselését befolyásoló **sporttevékenységével kapcsolatos tagsági igazolványát**, jogviszonyt igazoló dokumentumát, mérkőzés jegyzőkönyvét;
- V.3.2.6. A biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítványát;
- V.3.2.7. 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;
- V.3.2.8. A biztosító kérheti az igény tárgyában meghozandó döntéshez szükséges összes **idegen nyelvű dokumentumnak** a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített **magyar nyelvű hiteles fordításának benyújtását;**
- V.3.2.9. A biztosító kérheti a **fenti dokumentumok eredeti példányának bemutatását** és bármely, az ügyfél által megválasztott adathordozón történő benyújtását;
- V.3.2.10. 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;
- V.3.2.11. 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.

V.3.3. A biztosító teljesítésének esedékessége

- V.3.3.1. A biztosítóhoz bejelentett szolgáltatási igény az annak elbírálásához nélkülözhetetlen utolsó okirat kézhezvételét követő 15. napon esedékes; nélkülözhetetlenek azok az okiratok, amelyek a biztosítási szolgáltatási kötelezettség fennállását és annak összegét alátámasztják. A biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és döntéséről az ügyfelet tájékoztatni.

- V.3.3.2. 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.
- V.3.3.3. 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 rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést.
- V.3.3.4. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.

V.4. A biztosítási szolgáltatás kifizetésének választható formája, módja

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.

VI. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL

VI.1. A biztosító mentesülése a biztosítási szolgáltatások teljesítése alól

- VI.1.1. Ha a szerződő vagy a biztosított közlési-, illetve változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn kivéve, ha a szerződő vagy a biztosított 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 általános feltételek III.3. pontjában szabályozott szerződésmódosítási illetve szerződés megszüntetési lehetőségével, vagy
 - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

Ha a szerződés több biztosítottra vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi biztosított esetén nem hivatkozhat.

- VI.1.2. A felsorolt körülmények fennállását annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

VI.2. A VI.1.1. pontban felsoroltakon túl a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha

- a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,
- ha bizonyítja, hogy a biztosítási esemény alapjául szolgáló eseményt jogellenesen és szándékosan vagy jogellenesen és súlyosan gondatlan magatartással a szerződő fél vagy a biztosított; illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk okozta.

- VI.3. 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 (kárenyhítési kötelezettség). 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.

VII. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

- VII.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, határviillongások, felkelés.
- VII.2. Jelen általános 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.
- VII.3. A biztosító kockázatviselése a jelen általános feltételek VII.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.
- VII.4. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel egészben vagy részben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:
- a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely a biztosító kockázatviselése kezdetét megelőző három évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt,
 - a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
- VII.5. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés (a biztosító kockázatviselésének) fennállása 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;

- b) 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;
- c) a biztosított olyan gépjárművet vezetett, amely nem rendelkezett érvényes forgalmi engedéllyel, vagy amelynek vezetéséhez nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett;
- d) a biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.

VII.6. A biztosító 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, gyógyterápiák, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkéúra, fogyókúra, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések), kivéve a krónikus betegségek kóriszálásával, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket,
- c) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

VII.7. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre, öngyilkosságra, öngyilkossági kísérletre, a biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülésekre, akkor is, ha azt a biztosított zavart tudatállapotában követte el.

VII.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosítottnak az alábbiakban meghatározott 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. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, motocross, motorcsónak sport, motorkerékpár 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).

VII.9. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra az eseményekre, amelyek okozati összefüggésben vannak a biztosítottnak a kiemelt, vagy versenyző sporttevékenységével.

VII.10. 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 vagy katonai szolgálatot teljesítő olyan személy, aki fokozott veszélynek kitett tevékenységet végez (pl. tűzszerezés, búvár, rohamharcos).

VIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

VIII.1. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje 2 év.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

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

VIII.2. 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.

VIII.3. 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.

IX. FOGALOMTÁR

IX.1. A baleset fogalma

IX.1.1. Jelen általános 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.

IX.1.2. Jelen általános feltételek szempontjából **balesetnek minősül továbbá**:

- a) a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok 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 agyburok és/vagy agyvelőgyulladásaként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,

- b) a veszettség, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
- c) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították, és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

IX.1.3. Jelen általános feltételek szerint – a IX.1.2. pontban foglaltaktól eltekintve – **nem minősül balesetnek:**

- a) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószerkezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki kivéve, ha a különös feltételek ettől eltérően rendelkeznek,
- b) a foglalkozási betegség (ártalom),
- c) a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be,
- d) a csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habituális) ficam,
- e) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- f) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- g) az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

IX.2. A betegség fogalma

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

IX.3. A kórház fogalma

- IX.3.1 Jelen általános feltételek szempontjából **kórháznak minősül** a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- IX.3.2 Jelen általános feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriatríai 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.

IX.4. A műtét, a műtéti lista fogalma

- IX.4.1. Jelen általános feltételek alkalmazásában műtétnek tekintendők azok az orvosi beavatkozások, melyek során az orvos-szakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására, illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal a kültákaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.
- IX.4.2. A biztosító a műtéteket műtéti csoportokba sorolja be (továbbiakban: műtéti csoportba sorolás). A műtéti csoportok műtéti térítési kategóriák szerinti kategorizálása (továbbiakban: Műtéti lista) jelen feltételek 2. számú mellékletében találhatóak. A biztosító valamennyi, WHO által kódolással ellátott műtétet a műtéti térítés szempontjából értékelte azzal, hogy a Műtéti listában szereplő csoportok egyikébe sem tartozó műtéti beavatkozások az 5-ös, „nem térített” műtéti térítési kategóriába tartoznak (pl. diagnosztikus célú vizsgálatok, beavatkozások, beleértve a szövettani mintavételeket, citológákat, injekciós-infúziós kezelések, fizioterápiák, kemoterápiák).

IX.5. A biztosított sporttevékenységének minősítése

- IX.5.1. Jelen általános feltételek szempontjából **kiemelt sportoló:** az a biztosított, aki sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet, továbbá aki külföldi sportszövetség feltételei szerint megszerzett sportolói engedéllyel rendelkezik.
- IX.5.2. Jelen általános feltételek szempontjából **versenyző sportoló** az a biztosított (továbbiakban: versenyző sportoló), aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként végez feltéve, hogy versenyen (bajnokságon, meccsen) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, megyei, területi, országos, nemzetközi, stb. vagy, hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje, stb.).

Jelen általános feltételek szempontjából a versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló:

- a) **élvonalbeli versenyző sportoló** az a biztosított, aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul,
- b) **regionális szinten versenyző sportoló** az a biztosított, aki több megyét érintő versenyen indul feltéve, hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló,
- c) **területi szinten versenyző sportoló** az a biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

- IX.5.3. Jelen általános feltételek szempontjából **hobby sportoló** az a biztosított, aki sporttevékenységet nem kiemelt sportolóként és nem versenyző sportolóként végez.

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

Jelen fejezet összefoglalóan tartalmazza a TöbbMilliók Segítség balesetbiztosítás általános szerződési feltételeknek azon rendelkezéseit, melyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérnek.

X.1. Jelen általános feltételek Ptk.-tól és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezései

X.1.1. A szerződés létrejötte

Jelen feltételek II.2.4. 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.

X.1.2. Fizetési póthatáridő tűzése, reaktiválás lehetősége

Jelen feltételek IV.3.1. pontja 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.3.3. 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.

X.1.3. Az elévülési időszak tartama

Jelen feltételek VIII.1. pontjában 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.

1. számú melléklet

Maradandó egészségkárosodás mértékére vonatkozó táblázat

a TöbbMillió Segítség balesetbiztosításhoz (TMILL23)

A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételeiben hivatkozott táblázat a biztosító szolgáltatásának meghatározásához.

Jelen táblázat célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét.

A maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek, érzékszervek	Egészségkárosodás mértéke %
egy kar vállízületől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kezujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, ha a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

Hatályos: 2023. augusztus 26-ától

2. számú melléklet

Műteti csoportok műteti térítési kategóriák szerinti besorolása

a TöbbMillió Segítség balesetbiztosításhoz (TMILL23)

Műteti lista térítési kategóriánként, és a biztosítási összeg térítésének százalékos mértéke:

az 1. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 100%-a

- agyállományt/gerincvelő állományt érintő nyitott műtétek
- nyitott szívsebészeti műtétek
- szervátültetés

az 2. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 50%-a

- fej-nyaki sebészet (nem beleértve bőr, nyálkahártya és ezek alatti elváltozásokat) kivéve pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, tracheostomia
- nyitott mellkasi (pl. tüdő, mediastinum, nyelőcső, nyirokcsomó) műtétek, kivéve szívsebészet
- szív koszorúér műtétek
- mellkasi, hasi aorta és vena cava nyílt műtétei

az 3. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 25%-a

- pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy műtétek
- arc- és agykoponya csontjainak, valamint belső fül műtétei
- endoszkópos (pl. thoracoscopos, mediastinoscopos, VATS) mellkasi műtétek
- transzvasalis szívsebészeti, mellkasi, hasi aorta és vena cava műtétek
- aortából és vena cavából eredő nagyerek nyílt műtétei
- hasi, kismedencei műtétek, kivéve diagnosztikus célból, valamint meddőség, terhesség, szülés miatti műtétek
- gerincoszlop nyitott műtétei
- nagyízületi (váll, könyök, csípő, térd) protézis műtétek
- végtagok amputációi csukló, boka és azok magasságától proximálisan

az 4. csoportba tartozó műtét esetén a biztosítási összeg 15%-a

- agyállományt/gerincvelő állományt érintő endoscopos, punctios, drain műtétek, beavatkozások
- perifériás idegműtétek
- arc lágyrészeinek műtétei (pl. külső- és középfül, nyálmirigyek, orr, orrmelléküregek, nyálmirigyek, nyirokcsomók, nyelv, orr- és garatmandula)
- szemészeti műtétek (kivéve látásjavító lézeres szemműtétek)
- endoszkópos (pl. thoracoscopos, mediastinoscopos, VATS) – diagnosztikus mellkasi beavatkozások, mintavétellel vagy anélkül
- szív pacemaker beültetés
- pericardiocentesis – érkatéteres műtétek (pl. stentelések, tágtítások)
- perifériás artériák és vénák műtétei (beleértve a visszérműtéteket)
- mellkasfal és emlő műtétek
- diagnosztikus hasi, kismedencei műtétek mintavétellel vagy anélkül
- hasfali műtétek
- külső nemi szervek, húgycső és végbélnyílás műtétei
- nőgyógyászati curettage és méhszáj (cervix) elváltozások műtétei
- transuretralis (TUR) prostata és húgyhólyag műtétek
- superficialis lymphadectomia
- endoszkópos, terápiás beavatkozások (pl. otoscopia, rhinoscopia, bronchosocopia, gastroscopia, colonoscopia, cystoscopia, ureterosocopia, colposcopia, hysterosocopia, stb)
- percutan viscerostoma (testüregi sztóma) műtétek
- gerincoszlop mikro (minimál invazív) műtétei
- arthroscopos és nyitott ízületi műtétek (kivéve ízületi protézisek)
- nem nagyízületi protézis műtétek
- csont (beleértve a borda, szegycsont, medence, végtagok) betegségek, sérülések, törések műtétei (kivéve végtagok amputációit)
- izom és ín betegségek és sérülések miatti műtétek
- végtagok amputációi csuklótól, bokától distálisan
- szövetátültetés (pl. bőr, szaruhártya, csont, csontvelő, ín, izom hasnyálmirigy, őssejt), kivéve a vérkészítményeket

az 5-ös csoportba sorolt műtétek nem térített műtétek

- lézeres látásjavító szaruhártya műtétek
- érkatéterezés diagnosztikus célból
- bőr és nyálkahártya és azok alatti szövetek sérülésének (pl. varrat, idegentest eltávolítás) ellátása
- bőr, nyálkahártya és azok alatti kötőszövet elváltozásainak műteti eltávolítása (pl. anyajegy, szemölcs, lipoma)
- nyitott testüregekből (pl. tápcsatorna, orr, légcső, hörgő, húgyhólyag, hüvely) és szemből idegentest eltávolítás
- endoszkópos beavatkozások (pl. otoscopia, rhinoscopia, bronchosocopia, gastroscopia, colonoscopia, cystoscopia, ureterosocopia, colposcopia, hysterosocopia, stb) diagnosztikus célból, szövettani mintavétellel vagy anélkül
- arthroscopia diagnosztikus célból
- fogászati beavatkozások
- esztétikai beavatkozások, műtétek
- meddőség, terhesség, szülés miatti beavatkozások, műtétek
- percutan szövettani mintavétel, punctio, drain az agy kivételével bármely szervből

Baleseti halálra vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti halálra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillióos Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL22)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a **kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset** (általános feltételek IX.1.), **melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal.**
- I.2. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén, a halál időpontjában **hatályos kötvényben vagy indexlevélben a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeget fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra jogosult kedvezményezett részére**, és ezzel a szerződés megszűnik.

Amennyiben a biztosított kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete miatti halála a jelen biztosítási szerződés megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított egy éven belül következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál az **utolsó hatályos biztosítási kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeget kell figyelembe venni.**

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a halálesetet követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. **A biztosító a szolgáltatási igény előterjesztésekor az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összepszerűségének megállapításához szükséges.**
 - III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
 - III.3.2. **a következő iratok másolatát:**
 - a) halottvizsgálati bizonyítvány
 - b) halotti epikrízis,
 - c) boncolási jegyzőkönyv, ha ilyen készült,
 - d) biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
 - e) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum, de különösen az első orvosi ellátás dokumentuma,
 - f) baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - g) véralkohol és/vagy kábító hatású anyagvizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - h) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye,
 - i) **a kedvezményezett jogosságát igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.

IV. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL, A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti halálra vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek IX.1. pont), **melynek következtében** a biztosított **maradandó egészségkárosodást szenved**.
- I.2. **Egészségkárosodásnak** tekintendő az olyan **testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza**.
- I.3. **Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak** tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke **még folyamatosan változik**, de a baleset napjától számított 2 év eltelt, akkor a **baleset napjától számított 2 év letele után a biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint**. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a **munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó**. A baleset következtében **kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik** maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény alapját**.
- I.4. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. **A biztosító az I.1. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén az egészségkárosodás megállapításakor hatályos – a szerződés megszűnését követően az utolsó hatályos – kötvényben, vagy indexlevélben szereplő, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást az alábbiak szerint.**
 - az 1%-10% közötti mértékű maradandó egészségkárosodás (jelen különös feltételek I.3. pont) esetén az adott biztosítottra érvényes biztosítási csomagra vonatkozó biztosítási összeget fizet a kedvezményezett részére.
 - 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás esetén (jelen különös feltételek I.3. pont) az adott biztosítottra érvényes biztosítási csomagon belül a megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke szerinti sávhoz (11%-50%, vagy 51%-100%) tartozó biztosítási összegnek a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértével megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként a kedvezményezett részére.
- II.2. A szolgáltatás alapjául szolgáló maradandó **egészségkárosodás mértékét a biztosító orvosa az általános feltételek elválaszthatatlan részét képező 1. számú mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.**
- II.3. **Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy a szolgáltatást a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból csökkent mértéke alapján kell megállapítani.**

A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

Az **Orvosszakértői intézet** (a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás (egészségi állapot) mértékének megállapítására jogosult szerv) szakvéleményében, illetve a **nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozatában** megállapított egészségkárosodás mértéke, a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás mértékénél, és a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál **nem irányadó. A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti.**
- II.4. Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó **egészségkárosodás mértéke nem lehet nagyobb 100%-nál.**
- II.5. **Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan mértéke után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.**
- II.6. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó **szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.**
- II.7. **Ha a biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatásként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a biztosított követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki minimálisan járó összeg kifizetését.**
- II.8. **Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított legfeljebb 2 évig, évenként egy alkalommal, ismételt szolgáltatási igénybejelentéssel kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát és a maradandó egészségkárosodás mértékének ismételt megállapítását. A felülvizsgálat eredményétől függően, a biztosító a jelen feltételek II. 2. pontja szerinti szolgáltatást teljesíti azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt **korábbi teljesítések összegét az utóbb teljesítendő szolgáltatás összegéből levonja.****

Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás mértéke ilyen esetben **sem lehet nagyobb 100%-nál.**

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított **15 napon belül** kell a biztosítónál bejelenteni.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. **A szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerúségének megállapításához szükséges.**
- III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- III.3.2. **a következő iratok másolatát:**
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - baleseti, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye,
 - a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
- 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 feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő, ennek előírása esetén a biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.**
- III.7. **A biztosító elismert jogalap esetén az alábbi határidőkön belül teljesít:**
- az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott maradandó egészségkárosodás alapján megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül,
 - egyéb esetekben a maradandó egészségkárosodás véglegessé válását követően 15 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 2 év letelte után 15 napon belül.

IV. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL, A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekben nem terjed ki a kockázatviselése.

Csonttörésre és fogtörésre vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **csonttörésre és fogtörésre vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre a Generali Biztosító Zrt. TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek IX.1.), **melynek következtében a biztosított csonttörést, csontrepedést, vagy maradandó fog törést szenved.**
- I.2. Jelen feltétel szempontjából maradandó fogtörésnek minősül, ha az egyébként ép, egészséges, ép zománcú fog baleset következtében fogröntgennel igazoltan teljes felületén kettétörik, és a törés a fogíny feletti fogrésznek legalább felét érinti.

Nem minősül biztosítási eseménynek a maradandó fog valamely élének vagy kisebb részének törése, továbbá az a fogtörés, mely nem baleset miatt következett be.
- I.3. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító a szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén **balesetenként – a törések számától függetlenül – a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási kötvényben vagy indexlevélben, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.**

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell bejelenteni a biztosítónál.
- 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 előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összezszerúségének megállapításához szükséges.**
 - III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
 - III.3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a csonttörést, csontrepedést, illetve fogtörést igazoló röntgenfelvétel, vagy lelet,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - c) baleseti/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - d) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye.
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
- 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 feltételéül 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 KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a csonttörés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Lágyrészek sérülésére vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **lágyrészek sérülésére vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) irányadóak, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek IX.1.), **melynek következtében a biztosítottnál valamely alább felsorolt esemény következik be:**
- ficam:** a váll, könyök, csukló, csípő, térd és boka ízületet alkotó két csont anatómiai helyzetétől eltérő pozíciója, mely sem spontán, sem külső beavatkozással nem nyeri vissza eredeti anatómiai helyzetét a képalkotó vizsgálattal történt dokumentálása előtt.
Jelen különös feltétel vonatkozásában nem minősül ficamnak a
 - sokszor ismétlődő (habituális) ficam, valamint
 - azon testrész ficama, amelynél a kockázatviselés kezdetét megelőzően már előfordult ficam.
 - szalagszakadás:** valamely ízületet alkotó szalag MR vizsgálattal vagy orvosi dokumentumokkal és műtéti leírással alátámasztott friss szakadása, ahol a sérült ízület a baleset dátumától számított egy héten belüli műtétjére (szalagvarrat, szalagpótlás) vagy legalább négy hetes rögzítésére (gipsz vagy merev műanyag rögzítő) kerül sor.
 - izomszakadás:** bármely izom vagy ín olyan mértékű szakadása, melyet a baleset bekövetkezésétől számított egy héten belül műtéttel állítanak helyre.
- I.2. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSÁNAK KORLÁTOZÁSA

- II.1. **A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén balesetenként a jelen különös feltételek I.1. pontjában megnevezett események számától függetlenül a hatályos – a szerződés megszűnését követően az utolsó hatályos – kötvényben, vagy indexlevélben szereplő, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást.**
- II.2. **Egy adott ízület sérülése esetén egy biztosítási éven belül legfeljebb egy biztosítási eseményre teljesít szolgáltatást a biztosító.**

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell bejelenteni a biztosítónál.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. **A szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerűségének megállapításához szükséges.**
- III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- III.3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
- minden esetben be kell nyújtani:
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum, de különösen az első orvosi ellátás dokumentumai,
 - baleseti / munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - **közlekedési baleset esetén** az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye.
 - a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
 - ficam esetén:
 - csontok kóros (kificamodott) helyzetét igazoló röntgen, vagy egyéb képalkotó vizsgálat eredménye (pl. CT).
 - szalagszakadás esetén:
 - MR vizsgálat lelete, amennyiben készült,
 - műtét esetén zárójelentés, mely tartalmazza az elvégzett műtét megnevezését, a műtét dátumát, valamint a műtéti leírást,
 - gipsz vagy merev rögzítés esetén a gipsz / merev rögzítő eltávolításakor keletkezett orvosi dokumentum,
 - izomszakadás esetén:
 - műtét esetén zárójelentés, mely tartalmazza az elvégzett műtét megnevezését, a műtét dátumát, valamint a műtéti leírást.
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
- 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 feltételéül 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 KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a lágyrészek sérülésére vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti kórházi napi térítésre vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMilliósi Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23) (a továbbiakban: általános feltételek)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a **kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset** (általános feltételek IX. 1.), **melynek következtében a biztosított folyamatos kórházi** (általános feltételek IX.3.) **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 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 (jelen különös feltételek II. fejezete) szempontjából 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 két éven belül**, a baleseti következmények elhárítása miatt **szükségessé vált kórházi fekvőbeteg-ellátásra, az ellátási napokra** (jelen különös feltételek I.2. pontja) **nyújt szolgáltatást**.
- II.2. **A szolgáltatás összege** a kórházi fekvőbeteg-ellátás tartama alatt, az ellátási napokon hatályos biztosítási **kötvényben, vagy indexlevélben a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összegnek és a kórházi ellátási napok számának a szorzata**.

Amennyiben a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **balesete miatt a jelen biztosítási szerződés megszűnését követően részesül kórházi fekvőbeteg-ellátásban**, akkor a térítés mértékének megállapításánál – a szerződés megszűnését követően – **az utolsó hatályos kötvényben, vagy indexlevélben szereplő, a jelen kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg alapján nyújtja a szolgáltatást**.

- 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 jelen különös feltételek II.2., illetve II.4. pontja szerint megállapított 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 részlegesen, illetve a posztoperatív őrzőben történő ellátás.

- II.4. **Ha** a biztosítási évforduló napja beleesik abba az időtartamba, amely alatt a biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesült és a biztosítási **szerződés értékkövető** (általános feltételek IV.4.), akkor a biztosító a biztosítási **évforduló napjától kezdve** az értékkövetésnek megfelelő, **megnövelt összegű biztosítási összeget** veszi figyelembe a szolgáltatásnál.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a kórházi ellátás befejezését követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól**.
- III.3. **A szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerúségének megállapításához szükséges.**
 - III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
 - III.3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) kórházi zárójelentés,
 - b) intenzív osztály zárójelentése – amennyiben történt ilyen ellátás,
 - c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - d) baleseti, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - e) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye.

-
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.
 - 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 KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti kórházi napi térítés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti műtéti térítésre vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekre a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek IX.1.), **melynek következtében a biztosított műtetre** (általános feltételek IX.4.) **szorul**, amennyiben az orvosilag szükséges.
- I.2. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja**.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. A biztosító a biztosított balesete esetén **a baleset napjától számított két éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges műtétekre nyújt szolgáltatást**.
- II.2. A biztosító szolgáltatása **a műtét napján hatályos kötvényben, vagy indexlevélben szereplő, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összegnek az elvégzett műtét csoportba sorolásától függő százalékos mértéke**. Amennyiben a műtét a jelen biztosítási **szerződés megszűnését követően, de a biztosítási eseményben meghatározott baleset időpontjától számított két éven belül** következik be, akkor a térítés mértékének megállapításánál – a szerződés megszűnését követően – az **utolsó hatályos kötvényben, vagy indexlevélben szereplő, a jelen kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeget** kell figyelembe venni.
- II.3. A műtétek csoportba sorolását a Műtéti lista tartalmazza, mely az általános feltételek 2. számú mellékletében található. A Műtéti lista a műtéti csoportok térítési kategóriák szerinti besorolása. A Műtéti lista tartalmazza a térítés százalékos mértékét is.
- II.4. **Amennyiben egy napon vagy egy eljárásban több műtétet végeznek**, akkor a biztosító a szolgáltatásának mértékét a legkisebb sorszámú csoportba sorolt műtét (azaz **a legmagasabb százalékos besorolású műtét**) **alapulvételével állapítja meg**.
- II.5. A biztosító szolgáltatása ugyanazon biztosítási eseményből kifolyólag a jelen különös feltételek II.6. pontja szerinti szolgáltatás kivételével maximum a biztosítási összeg 100%-a lehet.
- II.6. **A biztosító a fenti műtéti szolgáltatásokon túl az alábbi Plasztikai műtéti beavatkozásokhoz kapcsolódó extra térítéseket nyújtja.**

Amennyiben a jelen különös feltételek I.1. pontjában foglalt balesettel összefüggésben a biztosított

- a) a teljes testfelületének legalább 20%-án III. fokú égési sérülés található, vagy az arckoponyán (beleértve a fület is) és a nyak áll alatti régióján összesen legalább a teljes testfelülethez viszonyított 2%-án legalább III. fokú égési sérülése keletkezett, akkor a biztosító a jelen különös feltételek II. fejezete szerint megállapított biztosítási összeg további 100%-át nyújtja szolgáltatásként.
- b) nagy kiterjedésű roncsolással, három- és/vagy három alatti szövetiáttöréssel jár, a teljes bőrvastagság összesen legalább teljes testfelülethez viszonyított 5%-án, vagy az arckoponyán (beleértve a fület is) és a nyak áll alatti régióján összesen legalább a teljes testfelülethez viszonyított 2%-án bekövetkező sérülése keletkezett, akkor a biztosító a jelen különös feltételek II. fejezete szerint megállapított biztosítási összeg további 100%-át nyújtja szolgáltatásként.
- c) a biztosított arckoponyáján végeznek el csontszövet pótlással járó beavatkozást, akkor a biztosító a jelen különös feltételek II. fejezete szerint megállapított biztosítási összeg további 100%-át nyújtja szolgáltatásként.
- II.7. Jelen feltétel vonatkozásában csak az a beavatkozás minősül plasztikai műtétnek, amelynek célja a külsődleges formák (eredeti vagy azt nagyban megközelítő) műtét általi visszaállítása. A kizárólag gyógyító-helyreállító célzattal elvégzett műtétek nem tekinthetők plasztikai beavatkozásnak.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni.
- 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 előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához szükséges.**
 - III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt**,
 - III.3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) kórházi zárójelentés,
 - b) műtéti leírás, amennyiben ilyen készült,
 - c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - d) baleseti, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - e) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - f) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye.

- III.3.3. **Plasztikai mûtéti beavatkozások esetén a következô iratok másolatát is:**
- plasztikai beavatkozás szükségességét leíró orvosi dokumentum,
 - közvetlenül plasztikai beavatkozás elvégzését megelőzően készült, a fennmaradandó állapot részletes leírását tartalmazó orvosi dokumentumok (pl. károsodás mértéke, mérete),
 - plasztikai beavatkozás zárójelentése, orvosi dokumentációja,
 - plasztikai beavatkozás mûtéti leírása, amennyiben ilyen készült.
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – az **általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
- III.5. **A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a mûtét 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 SZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG TELJESÍTÉSE ALÓL, A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti mûtéti szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Égési sérülésre vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **égési sérülésre vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek IX.1.), **melynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.**
- I.2. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- II.1. **A biztosító szolgáltatása a szerződésben meghatározott biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási kötvényben vagy indexlevélben, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértéke.**
- II.2. **A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összeg alábbi táblázat szerinti százaléka:**

Mélység	Testfelület			
	10–19%	20–49%	50–79%	80% és a felett
I. fokú	–	–	–	–
II. fokú	–	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100%	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

- II.3. **Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú sérülés figyelembevételével állapítja meg.**
- II.4. Amennyiben a **biztosítottnak** igazoltan, közvetlenül **az égési sérülés következményeként a fejen (arckoponyán illetve agykoponyán, beleértve a fület és a nyak áll alatti régióját is) összesen legalább a teljes testfelülethez viszonyított 2%-án legalább III. fokú égési sérülése keletkezett**, akkor a biztosító ezen égési sérülés kockázatra a biztosítási esemény időpontjában **hatályos biztosítási kötvényben vagy indexlevélben, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg 200%-át fizeti ki** a biztosított részére.
- II.6. **Ha a biztosított igazoltan, közvetlenül az égési sérülések következtében hal meg, a biztosító a haláleseti kedvezményezett részére az égési sérülés súlyosságától függetlenül 200%-os térítést fizet.**
- II.7. **A biztosító szolgáltatása ugyanazon biztosítási eseményből kifolyólag maximum a jelen kockázat vonatkozásában meghatározott biztosítási összeg 200%.**

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell a biztosítónál bejelenteni.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. **A szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerőségének megállapításához szükséges.**
 - III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
 - III.3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap másolatát, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - c) baleseti/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - d) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - e) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye.
- III.4. **Halál esetén a szolgáltatási igény bejelentésekor be kell nyújtani továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a halottvizsgálati bizonyítvány/halotti epikrízis,
 - b) a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,

-
- c) **a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat** (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági határozat) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
 - d) a halál – vagy a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratokat.
- III.5. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
- III.6. **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.7. **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 KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül az égési sérülés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Baleseti költségtérítésre vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti költségtérítésre vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMilliósi Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek IX.1.), **melynek következtében a biztosítottak a jelen különös feltételek I.2. pontjában meghatározott baleseti költségei merülnek fel.**
- I.2. **Baleseti költségnek** minősül a **balesettel kapcsolatos, Magyarországon kiállított számlával igazolt:**
 - a) **mentési költség**, amely akkor válik szükségessé, ha a biztosított balesetet szenvedett és ennek következtében sérülten mentésre szorul, vagy baleset következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető,
 - b) **szállítási költség**, amely akkor merül fel, ha a balesetet szenvedett biztosítottat a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi kórházba, vagy orvoshoz szállítják, valamint egy alkalommal orvosi javaslatra az egészségügyi szolgáltatótól hazaszállítják, vagy ha a biztosított a baleset következtében meghal, és holttestét a baleset helyszínéről elszállítják (a biztosított kötésre, varratszedésre, egyéb orvosi vizsgálatra történő szállítására a biztosító nem nyújt szolgáltatást),
 - c) **baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd és más fogászati segédeszköz** – kivéve a kivethető műfogsort – baleset miatt szükséges javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye. Nem minősül baleseti költségnek azon költség, amely a baleset előtt már meglévő fog, műfog, korona, híd, illetve más fogászati segédeszköz meglévő hibájának javítása miatt merül fel, sem a biztosított kivethető műfogsorának javítási költsége, cseréje.
 - d) **gyógyászati segédeszközök** beszerzésének, vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (például kötszer, gyógyszer) szükséges mennyiségben való beszerzésének a költsége. Nem minősül baleseti költségnek a gyógyászati segédeszköz beszerzésének költsége, ha az nem áll közvetlen okozati összefüggésben a balesettel (például, ha a már meglévő gyógyászati segédeszköz lopás, meghibásodás, vagy minőségi csere miatt kerül újbóli beszerzésre). A gyógyászati segédeszköz szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja. A jelen különös feltételek alkalmazásában gyógyászati segédeszköz a hatályos jogszabályok szerint ilyenként megjelölt eszköz.
 - e) a baleset következtében szükséges fizioterápia, gyógytorna és balneoterápia, valamint a **nem a magyar társadalombiztosítás által finanszírozott** járóbeteg-szakorvosi vizsgálatok, ellátások, diagnosztikai vizsgálatok költsége.
- I.3. Nem minősül baleseti költségnek a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség.
- I.4. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS KORLÁTOZÁSA

- II.1. **A biztosító a baleset időpontjában hatályos – a szerződés megszűnését követően az utolsó hatályos – kötvényben, vagy indexlevélben szereplő, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg erejéig – figyelembe véve a jelen különös feltételek II.2. és II.3. pontjaiban szereplő korlátozásokat – megtéríti a jelen különös feltételek I.2. pontjában meghatározott baleseti költségeket az alábbiak szerint:**
 - a) a baleset napjától számított 2 éven belül felmerült költségeket a jelen különös feltételek I.2. a)-d) pontjai esetén,
 - b) a baleset napjától számított 1 éven belül felmerült költségeket a jelen különös feltételek I.2. e) pontja esetén, **amennyiben ezen költségek más módon nem térülnek meg.**
- II.2. **A biztosító egy balesetből eredően legfeljebb a biztosítási esemény időpontjában hatályos – a szerződés megszűnését követően az utolsó hatályos – kötvényben vagy indexlevélben rögzített biztosítási összeg 50%-áig téríti meg a biztosítottak a balesettel kapcsolatosan a jelen különös feltételek I.2. e) pontja szerint felmerült költségeit.**
- II.3. **A biztosító egyazon biztosítási esemény következtében legfeljebb a biztosítási esemény időpontjában hatályos – a szerződés megszűnését követően az utolsó hatályos – kötvényben vagy indexlevélben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére.**

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a számla keltét követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni.
- III.2. Abban az esetben, **ha a fenti határidőt nem tartják be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak, **a biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.**
- III.3. **A szolgáltatási igény előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagyösszezszerűségének megállapításához szükséges.**
 - III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
 - III.3.2. a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló **eredeti számlákat, a hozzájuk kapcsolódó egészségügyi dokumentummal (ambuláns lap stb.),**
 - III.3.3. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - b) baleseti, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - c) véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,

-
- d) közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
- rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye,
- e) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**

IV. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE ALÓL, A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a baleseti költségtérítés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Kerekesszék költségének megtérítésére vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **kerekesszék költségének megtérítésére vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillióos Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett **baleset** (általános feltételek IX.1.), **melynek következtében a biztosított a jelen különös feltételek I.2. pontjában felsorolt valamely egészségkárosodást szenved, és melynek következtében véglegesen kerekesszék használatára szorul.**

Egységkárosodásnak minősül, ha az állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.

- I.2. **Biztosítási esemény csak abban az esetben következik be, ha a balesetben a biztosított**
- mindkét alsó végtagja véglegesen bénult (plégiás), vagy**
 - mindkét alsó végtagja olyan súlyosan és véglegesen meggyengült (súlyosan paretikus), hogy járást segítő eszközökkel sem járásképes, vagy**
 - valamely alsó végtagjának amputációja következtében járásképeségét elvesztette és járásképeségre alkalmas művégtag használatára alkalmatlan.**
- I.3. A biztosítási esemény **időpontja a baleset időpontja.**

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító a baleset időpontjában hatályos – a szerződés megszűnését követően az utolsó hatályos – kötvényben, vagy indexlevélben szereplő, jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeg erejéig megtéríti egy darab kerekesszék számlával igazolt költségét, amennyiben az a baleset napjától számított 2 éven belül merül fel és más módon nem térül meg.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a számla keltét követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni.
- 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 előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerűségének megállapításához szükséges.**
- III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
- III.3.2. **a kerekesszék felírására jogosult szakorvos által kiállított kerekesszék, mint gyógyászati segédeszköz felírásának vénye és az erre vonatkozó javaslat orvosi dokumentuma,**
- III.3.3. a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló **eredeti számlákat,**
- III.3.4. **továbbá a következő iratok másolatát:**
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum,
 - baleseti, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben **a jármű vezetőjeként sérült meg**, a jármű forgalmi engedélye,
 - e) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
- 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 feltételéül 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 KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a kerekesszék költségétérítés szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Kullancscsípés okozta bénulásra vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **kullancscsípés okozta bénulásra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, **a jelen pontban meghatározott balesete, melynek következtében** a szükséges orvosi kezelés befejezését követően legalább egy hónappal **maradandó idegrendszeri károsodás** (érező- vagy mozgatóideg károsodás) **maradt vissza**.
- I.2. Jelen feltétel vonatkozásában **a kezelés befejezésének az a nap minősül**, amikor a kezelést végző szakorvos/intézmény dokumentációja alapján a betegség aktív kezelése miatt **kontrollvizsgálatra már nem szükséges visszamenni**.
- I.3. **A jelen különös feltételek I.1. pontjának vonatkozásában balesetnek kizárólag a kullancscsípés által okozott agyburok és/vagy agyvelőgyulladás és a Lyme-kór minősül.**
- I.4. **Kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásnak minősül**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. Jelen bekezdés vonatkozásában a **biztosítási esemény időpontja** az a nap, amikor az agyburok- és/vagy agyvelőgyulladásra diagnosztizált betegség jelentkezése miatt először fordultak orvoshoz.
- I.5. **Kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kórnak minősül**, ha a betegséget szerológiai módszerrel kimutatták, és a betegségre jellemző bőrelváltozás legkorábban 2 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A jellegzetes bőrtünet nélkül kialakult esetekben a lappangási idő legkésőbbi dátumára vonatkozó korlátozás nincs, de a szerológiai vizsgálat elrendelésének dátuma nem lehet későbbi, mint a kockázatviselési időszak utolsó napja. Jelen bekezdés vonatkozásában a **biztosítási esemény időpontja** az a nap, amikor az utólag Lyme-kórként diagnosztizált betegség jelentkezése miatt a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelésre került.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosító a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvényben, vagy indexlevélben szereplő, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeget téríti.

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a biztosítási eseményt követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni.
- 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 előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összecsúsításának megállapításához szükséges.**
 - III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
 - III.3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás esetén a szerológiai vizsgálat eredménye,
 - b) kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum,
 - c) az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum,
 - d) a kezelés befejezését igazoló orvosi dokumentumok,
 - e) a kezelés befejezését követő állapot részletes leírását tartalmazó orvosi dokumentumok.
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
- 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 KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a kullancscsípés okozta bénulásra vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Speciális műtétekre vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen balesetbiztosítási különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **speciális műtétekre vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek**, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- I.1. Biztosítási esemény a biztosítottna **kockázatviselés tartama alatt jelen különös feltételek I.2. pontjában meghatározott valamely műtét elvégzése**.
- I.2. **Jelen különös feltétel vonatkozásában műtétnek minősülnek az alábbi beavatkozások:**
 - a) **lágýéksérv műtét,**
 - b) **vakbélműtét,**
 - c) **garatmandula-műtét.**
- I.3. A biztosítási esemény **időpontja a műtét elvégzésének a napja**.

II. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA ÉS A SZOLGÁLTATÁS KORLÁTOZÁSA

- II.1. **A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a hatályos biztosítási kötvényben vagy indexlevélben, a jelen biztosítási kockázat vonatkozásában rögzített biztosítási összeget fizeti ki.**
- II.2. **A biztosító jelen kockázat alapján egy biztosítási éven belül bekövetkező biztosítási eseményekre – ugyanazon biztosított részére – legfeljebb egy alkalommal teljesít szolgáltatást.**

III. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- III.1. A szolgáltatási igényt a kórházi ellátás befejezését követő **15 napon belül** kell a biztosítónak bejelenteni.
- 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 előterjesztésekor a biztosító az alábbi iratok másolatának benyújtását kérheti a szerződésre vonatkozó általános feltételek V.3.2. pontjában meghatározottakon kívül, ha az a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerúségének megállapításához szükséges.**
 - III.3.1. A biztosító által rendelkezésre bocsátott, **hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,**
 - III.3.2. **továbbá a következő iratok másolatát:**
 - a) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum.
 - b) kórházi zárójelentés,
 - c) műtéti leírás másolata, amennyiben ilyen készült,
- III.4. A fentiekén kívül a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges – **az általános feltételek V.3.2. pontjában felsorolt – további igazolásokat, nyilatkozatokat is bekérhet, illetve beszerezhet.**
- 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 feltételéül 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 KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító jelen biztosítás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a speciális műtétekre vonatkozó szolgáltatás teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.

Baleseti jogvédelmi biztosításra vonatkozó különös feltételek

Jelen különös feltételek a Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) biztosítási szerződéseinek **baleseti jogvédelmi biztosításra vonatkozó biztosítást tartalmazó részére érvényesek** feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen különös feltételekben **nem szabályozott kérdésekre** a Generali Biztosító Zrt. **TöbbMillió Ségtség balesetbiztosítás szerződési feltételei (TMILL23)** (a továbbiakban: általános feltételek) **irányadóak**, mely feltételekre való hivatkozással a biztosítási szerződés létrejött. A szerződésekre egyebekben a **Polgári Törvénykönyv** rendelkezéseit, valamint az egyéb **hatályos magyar jogszabályokat** kell megfelelően alkalmazni.

I. A BIZTOSÍTÁS TÁRGYA

A jogvédelmi biztosítás keretében a biztosító – biztosítási eseménynek minősülő jogvitákban – segíti és támogatja a biztosítottat jogi érdekeinek védelmében, így különösen

- jogi tanácsot ad a biztosítottnak jogi érdeksérelem esetén,
- a biztosítási feltételben meghatározott szolgáltatási területeken gondoskodik a biztosított jogi képviseléről peren kívüli és peres eljárásokban, a biztosított védelméről szabálysértési és büntetőeljárás során, valamint
- a biztosítási összeg erejéig viseli a biztosított jogi érdekeinek védelméhez szükséges jogi tanácsadás, illetve jogi eljárások költségeit.

II. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- Biztosítási eseménynek tekintendő a biztosítottat ért olyan baleset (ideértve a közlekedési balesetet is), mely
 - a biztosítottnak halált, maradandó egészségkárosodást, csonttörést, égési sérülést vagy – műtétet, illetve kórházi fekvőbetegellátást igénylő – egészségkárosodást okoz, és
 - a balesettel összefüggésben a biztosított jogi érdekei az 5. fejezetben megjelölt jogvédelmi szolgáltatási területeken más személyek magatartása következtében sérelmet szenvednek és a jogi érdeksérelem jogi – peren kívüli vagy peres – eljárás útján elhárítható.
- Jelen feltétel alkalmazásában a baleset, baleseti halál, a műtétet vagy kórházi fekvőbeteg-ellátást igénylő egészségkárosodás, maradandó egészségkárosodás, csonttörés, égési sérülés fogalmára a jelen általános és különös feltételek balesetbiztosítási feltétel rendelkezései megfelelően irányadók.**
- Több, azonos okból bekövetkezett és ugyanazt a biztosítási szerződést érintő esemény egy biztosítási eseménynek minősül, függetlenül attól, hogy ugyanazon biztosítási esemény egy vagy több biztosítottat érint (sorozatkár). Sorozatkárnak minősül az is, amennyiben ugyanazon balesetre visszavezethetően a biztosítottat több jogi érdeksérelem éri. Sorozatkár esetén a biztosítási eseményenkénti biztosítási összeg csak egyszer áll rendelkezésre, a biztosítási összeg mértéke az első biztosítási eseménynek minősülő érdeksérelem időpontja szerint állapítandó meg.

III. A BIZTOSÍTÁSI VÉDELEM IDŐBELI KORLÁTJA (IDŐBELI HATÁLY)

- A biztosítási védelem azokra a biztosítási eseményekre terjed ki, melyek tekintetében a jogi érdeksérelemet okozó baleset a biztosítási szerződés hatálya alatt történt, a jogvédelmi szolgáltatási igény bejelentése a biztosító felé pedig legkésőbb a biztosítási szerződés megszűnését követő 30 napon belül megtörtént.**
- Jelen fejezetben foglaltak figyelembevételével a biztosító fedezetet nyújt a folyamatban lévő bírósági, hatósági eljárásokban azok jogerős befejezéséig akkor is, ha a biztosítási szerződés megszűnt.
- A biztosító a kockázatviselés kezdetét követően nem köt ki várakozási időt.

IV. A BIZTOSÍTÁSI VÉDELEM TERÜLETI KORLÁTJA (TERÜLETI HATÁLY)

A biztosítás területi hatálya a Magyarország területén érvényesíthető jogi igényekre, magyar bíróság vagy más magyar hatóság joghatósága alá tartozó jogi eljárásokra terjed ki.

V. JOGVÉDELMI SZOLGÁLTATÁSI TERÜLETEK

A biztosító az alábbi jogvédelmi szolgáltatási területeken (az alábbi jogvitákra) nyújt jogvédelmi szolgáltatást:

V.1. Baleseti kártérítési jogvédelem

- A balesetért felelős személlyel szemben kártérítési igény és sérelemdíj iránti igény érvényesítésére nyújt fedezetet. Kiterjed a biztosítási védelem polgári jogi felelősség alapján szerződészegéssel okozott és szerződésen kívüli károk érvényesítésére, munkabaleset esetén a munkáltatóval szembeni, közlekedési baleset esetén a felelősségbiztosítóval szembeni igények érvényesítésre.
- Fedezetet nyújt továbbá a biztosítás a biztosított baleseti halála esetén a biztosított közeli hozzátartozói által igényelhető hozzátartozói kártérítési igények érvényesítésére is.

V.2. Baleseti büntető és szabálysértési jogvédelem

Védi a biztosított jogi érdekeit a balesettel összefüggésben indult büntető vagy szabálysértési eljárásokban, amennyiben az eljárásban a biztosított sértetti, magánvádlói, pótmagánvádlói minőségben szerepel vagy a biztosított az eljárás alá vont személy, illetve terhelt.

V.3. Baleseti szociális és társadalombiztosítási jogvédelem

Fedezetet nyújt

- a baleseti egészségkárosodással összefüggésben igényelhető szociális és társadalombiztosítási ellátásokra vonatkozó tanácsadásra. A jogi tanácsot a biztosító (vagy a biztosító által ajánlott ügyvéd) balesetenként egy alkalommal, a biztosított választása szerint szóban (telefonon vagy személyesen) vagy írásban nyújtja.
- a baleseti egészségkárosodással összefüggésben indult hatósági eljárásokban a társadalombiztosítási igazgatási szervek és szociális hatáskört gyakorló szervek – biztosítottra vonatkozó – jogerős határozatának bírósági felülvizsgálatára.

VI. KIZÁRÁSOK A KOCKÁZATVISELÉS KÖRÉBŐL

A biztosítási védelem nem tartalmazza a jogi érdekek védelmét

- ugyanazon biztosítási szerződésben biztosított személyeknek egymással szemben;
- ha a jogvita tárgyát képező követelés (pl. kárösszeg, szabálysértési eljárásban kiszabott pénzbírság) összege a 15.000 Ft-ot nem éri el;
- olyan követelések érvényesítésére, melyeket biztosítottra engedményeztek, illetve olyan kötelezettségek miatti jogérvényesítésre, amit a biztosított mástól átvállalt;
- bírósági úton nem érvényesíthető követelések tekintetében;
- jelen (balesetbiztosítási és jogvédelmi biztosítási) szerződésből eredően a biztosítóval szemben előterjesztett igények, valamint a biztosító saját munkavállalóinak a biztosítóval, mint munkáltatóval szemben előterjesztett igényei tekintetében;
- a balesettel összefüggésben a biztosítottat ért lelki sérülések és pszichiátriai megbetegedések miatti igények érvényesítésére, azon kockázatokkal, károkkal és követelésekkel kapcsolatban, amelyek az ENSZ, az Egyesült Királyság, az Európai Unió vagy az Amerikai Egyesült Államok által alkalmazott embargóba vagy ezen szervezetek, országok egyéb gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi tiltó vagy korlátozó rendelkezéseibe ütköző magatartásból, tevékenységből erednek vagy azzal bármely módon összefüggésbe hozhatók.

VII. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

VII.1. A biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosítási eseményenkénti és biztosítási időszakra szóló – a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási kötvényben vagy indexlevélben a jelen kockázat vonatkozásában rögzített – biztosítási összegnek megfelelően nyújtja.

VII.2. Biztosítási eseményenkénti biztosítási összeg

A biztosítási eseményenkénti biztosítási összeg az egy biztosítási eseménnyel összefüggésben kifizethető legnagyobb összeg, függetlenül az egy biztosítási esemény miatti igényérvényesítés időtartamától.

VII.3. Biztosítási időszakra megállapított biztosítási összeg

VII.3.1. A biztosítási időszakra megállapított biztosítási összeg az egy biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási eseményekre tekintettel összesen kifizethető összeg.

VII.3.2. Ha a biztosított a biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási eseményt csak a következő biztosítási időszakban jelenti be a biztosítónak, a biztosító fizetési kötelezettségének mértékére nem a kárbejelentés időpontja szerinti biztosítási időszakra megállapított biztosítási összeg, hanem a biztosítási esemény bekövetkezésének időszakára eső, illetőleg a még fennmaradó biztosítási összeg az irányadó.

VIII. A JOGVÉDELMI SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY BEJELENTÉSE, EGYÜTTMŰKÖDÉS A JOGI ÉRDEKEK VÉDELME SORÁN

VIII.1. Jogvédelmi szolgáltatási igény bejelentése a biztosítónak

VIII.1.1. A biztosított köteles a jogvédelmi szolgáltatási igényt haladéktalanul, de legkésőbb az arról való tudomásszerzéstől számított 15 napon belül a biztosítónak bejelenteni. Ez történhet

- elektronikus úton (jogvedelem.hu@generali.com) vagy
- faxon a +36 1 301 7490-es számon,
- személyesen a biztosításközvetítőnél vagy a biztosító bármely ügyfélszolgálatán,
- telefonon munkanapokon 8 és 20 óra között a Telefonos ügyfélszolgálat +36 1 452 3333-as számán,
- interneten: online kárbejelentő rendszeren keresztül (generali.hu/Online_ugyfelszolgalat/Karbejelentés),
- levélben a Generali Biztosító Zrt., Dokumentumkezelő Központ, 7602 Pécs, Pf. 888 címen.

VIII.1.2. A jogvédelmi szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosítót részletesen tájékoztatni kell

- a baleset időpontjáról, helyszínéről, körülményeiről, a balesettel kapcsolatban a biztosítottat ért személyi sérülésről és ezzel kapcsolatban őt ért kárról, a balesettel kapcsolatos hatósági eljárásról,
- arról, hogy a biztosított élni kíván-e a szabad ügyvédválasztási jogával, vagy a biztosítóra bizza a jogi képviselő megválasztását.

VIII.1.3. A biztosított köteles a biztosító rendelkezésére bocsátani

- a balesettel kapcsolatban rendelkezésére álló iratokat (baleseti/közlekedési baleseti/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, fényképfelvételek, tanúvallomások, biztosítói kárbejelentés, levelezések, közlekedési baleset esetén forgalmi)
- a balesettel kapcsolatban indult hatósági eljárások iratait
- a személyi sérüléssel kapcsolatos egészségügyi iratokat (első orvosi ellátás dokumentuma, csonttörés esetén orvosi igazolás, kórházi zárójelentés stb.)
- az ügyvédjével kötött ügyvédi megbízási szerződést vagy az ügyvédje által adott díjajánlatot, amennyiben élni kíván a szabad ügyvédválasztási jogával.

A fenti dokumentumokat már a biztosítási esemény bejelentésével egyidejűleg célszerű a biztosítónak benyújtani.

VIII.1.3.1. A jogvédelmi szolgáltatás teljesítéséhez, a biztosítással fedezett ügyvédi díjak és egyéb jogi költségek térítéséhez a biztosító jogosult bekérni a biztosítottól az alábbi iratokat:

- azokat a szerződéseket (pl. munka-, adásvételi, bérleti, haszonbérleti, vállalkozási, kölcsön- stb.), melyek a jogi érdeksérelemmel összefüggésben állnak;
- a jogi érdeksérelem jogalapját és összepszerejét bizonyító fényképfelvételeket, iratokat;

- c) az ellenérdekű félnek átadott vagy az ellenérdekű féltől kapott leveleket, egyéb iratokat;
- d) amennyiben a jogi érdeksérelemmel összefüggésben bírósági, hatósági eljárás indult, akkor annak iratait (beadványok, jegyzőkönyvek, bírósági, hatósági határozatok);
- e) amennyiben a jogi érdeksérelemmel összefüggésben szakértői vizsgálatra került sor, akkor az elkészült szakvéleményt;
- f) a biztosított jogi képviselőt ellátó ügyvéd által adott díjánálant, az ügyvéddel kötött megbízási szerződést és az ügyvéd által felvett tényvázlatot;
- g) amennyiben a hatályos számviteli szabályok szerint a biztosítottat terhelő jogi költségről számlát kell kiállítani (pl. ügyvédi megbízási díj), akkor a számlát, egyéb esetben (pl. illeték, ellenérdekű félnek fizetendő perköltség, stb.) a jogi költség kifizetését igazoló bizonylatot.
- h) a biztosított írásbeli nyilatkozatát, mellyel mentesíti a jogi képviselőt ellátó ügyvédet a titoktartási kötelezettsége alól,
- i) amennyiben a jogvédelmi szolgáltatás teljesítéséhez a biztosított egészségügyi adatainak kezelése szükséges, akkor a biztosított írásbeli hozzájáruló nyilatkozatát az egészségügyi adatok kezeléséhez,
- j) amennyiben a jogvédelmi szolgáltatás a biztosítottat ért személyi sérüléssel, a biztosítottnak nyújtott társadalombiztosítási ellátással van összefüggésben, akkor a biztosított írásbeli nyilatkozatát, mellyel mentesíti a kezelését ellátó orvosokat, egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szervet a titoktartási kötelezettségük alól a biztosító irányában.

Amennyiben a biztosított a jelen pontban meghatározott kötelezettségeit nem teljesíti, és emiatt a biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás megítélése szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a biztosító nem köteles a jogvédelmi szolgáltatást teljesíteni, a már teljesített jogi eljárási költségeket pedig jogosult visszakövetelni.

VIII.2. Teendők az igények érvényesítése vagy elhárítása előtt és a jogi eljárások során

Amennyiben a biztosított biztosítási védelmet igényel, illetve biztosítási védelemben részesül, úgy köteles:

- a) a biztosítóval együttműködni az igények peren kívüli rendezése érdekében.
- b) a biztosító hozzájárulását kérni, amennyiben olyan intézkedést vagy eljárási cselekményt végez (pl. keresetlevelet, fellebbezést nyújt be, szakértő kirendelését kéri a bíróságtól, stb.), mely a biztosító szolgáltatási kötelezettségét érinti vagy érintheti. A biztosító jogosult azon költségek viselését elutasítani, melyek vállalása előtt nem kérték előzetes hozzájárulását.
- c) az igények bírósági érvényesítése vagy elhárítása, bírói döntés megtámadása, valamint a jelentősebb eljárási cselekmények előtt a biztosító állásfoglalását – különösen a sikerre való kilátással kapcsolatban – bekérni, az egyezségkötéseket a biztosítóval egyeztetni. A biztosítóval nem egyeztetett egyezségkötés a biztosító irányában a biztosítási szolgáltatás tekintetében nem hatályos.
- d) az igényérvényesítés (bírósági, hatósági eljárás) állásáról folyamatosan tájékoztatni a biztosítót és az eljárás iratait (pl. keresetlevél, tárgyalási jegyzőkönyvek, beadványok, bírósági határozatok, stb.) a benyújtást, illetve a kézhezvételt követő 5 napon belül a biztosítóknak megküldeni.

IX. A JOGVÉDELMI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELÉNEK FELTÉTELEI (SIKERKILÁTÁS-VIZSGÁLAT, EGYEZTETŐ ELJÁRÁS)

IX.1. A jogvédelmi szolgáltatás teljesítésének feltételei

A biztosító a jogvédelmi szolgáltatást az alábbi feltételek együttes fennállása esetén teljesíti:

- a bejelentett esemény a biztosítási feltétel szerint biztosítási eseménynek minősül (jelen különös feltételek II. fejezete) és nincs kizárva a kockázatviselés köréből (jelen különös feltételek VI. fejezete) és
- a bejelentett jogi érdeksérelemre kiterjed a biztosítási fedezet (jelen különös feltételek III., IV., V. fejezetei)
- a biztosított peren kívül már megkísérelte a jogi igényét érvényesíteni, de ez nem vezetett eredményre és
- a sikerkilátás vizsgálata során a biztosító úgy ítélte meg, hogy megfelelő kilátás van az igényérvényesítés sikerére (jelen különös feltételek IX. fejezete).

IX.2. Sikerkilátás-vizsgálat

- IX.2.1. A biztosító jogosult a szolgáltatási igény bejelentésekor, valamint az eljárás folyamán bármikor vizsgálatot indítani a jogérvényesítés vagy a jogi védekezés feltehető sikerére vonatkozólag (sikerkilátás-vizsgálat).
- IX.2.2. Jelen különös feltételek alkalmazásában az igényérvényesítés (jogérvényesítés vagy a jogi védekezés) sikeressége abban az esetben feltételezhető, ha:
 - a tényállás és a vonatkozó jogszabályi rendelkezések alkalmazásával valószínűsíthető, hogy a biztosítottra kedvező bírósági, hatósági határozat születik és
 - pénzügyi követelés érvényesítése esetén valószínűsíthető a követelés megtérülése.
- IX.2.3. Amennyiben a tényállás vizsgálata után – a jogi és a bizonyítási helyzet alapulvételével – a biztosító arra a következtetésre jut, hogy megfelelő kilátás van az igényérvényesítés sikerére, akkor írásban nyilatkozik a szolgáltatási igény teljesítéséről és vállalja a biztosított költségeket.
- IX.2.4. Amennyiben a tényállás vizsgálata után – a jogi és a bizonyítási helyzet alapulvételével – a biztosító arra a következtetésre jut, hogy nincs kilátás az igényérvényesítés sikerére, akkor jogosult elutasítani a jogvédelmi szolgáltatás teljesítését.
- IX.2.5. A biztosító a sikerkilátás vizsgálatához szükséges valamennyi irat rendelkezésre bocsátásától számított 15 napon belül köteles a biztosítottal írásban közölni a sikerkilátás-vizsgálat eredményét, azaz hogy a szolgáltatási igényt teljesíti vagy elutasítja. Az elutasítást legalább az arra okot adó tény és az arra vonatkozó jogszabályi vagy szerződéses rendelkezések felhívásával kell megindokolni.
- IX.2.6. Az elutasítással egyidejűleg a biztosító köteles írásban tájékoztatni a biztosítottat az egyeztető eljárás lehetőségéről, valamint arról, hogy amennyiben az egyeztető eljárás nem vezet eredményre, akkor a biztosítási szerződéssel kapcsolatos érdekei védelmében szabadon megválaszthatja jogi képviselőjét.
- IX.2.7. Érdeellentét esetén a sikerkilátás vizsgálatát a biztosított által választott ügyvéd folytatja le a jelen különös feltételek XI. fejezetében foglaltak szerint.
- IX.2.8. Nincs sikerkilátás-vizsgálat a biztosítottal szemben indult büntetőeljárás esetén.

IX.3. Egyeztető eljárás

- IX.3.1. Amennyiben a biztosító a sikerkilátás-vizsgálat alapján elutasítja a jogvédelmi szolgáltatás teljesítését, és a biztosított ezzel a döntéssel nem ért egyet, az elutasítás kézhezvételétől számított 15 napon belül jogosult egyeztető eljárást kezdeményezni.
- IX.3.2. Az egyeztető eljárás kezdeményezésével egyidejűleg a biztosított köteles megnevezni az egyeztető eljárásban őt képviselő ügyvédet, valamint a biztosítónak benyújtani az ügyvéddel kötött ügyvédi megbízási szerződést. Az egyeztető eljárás kezdeményezésétől számított 5 napon belül a biztosító is köteles megnevezni az egyeztető eljárásban résztvevő jogi képviselőjét.
- IX.3.3. Amennyiben az egyeztető eljárás során a biztosított és a biztosító jogi képviselője a sikerkilátás kérdésében
- azonos véleményre jut, úgy ezt a döntést a biztosított és a biztosító is köteles elfogadni.
 - nem jutnak azonos véleményre 4 héten belül, úgy a biztosított jogosult saját költségén, az általa szabadon választott jogi képviselővel az igényt érvényesíteni (bírósi eljárást megindítani). Amennyiben az igényérvényesítés során a biztosított pernyertes lesz, úgy a biztosító köteles a jelen szerződés alapján biztosított – és a perben meg nem térült – jogi költségeket a biztosítottnak megtéríteni.
- Perbeli egyezség esetén a biztosító a költségeket a pernyertességnek a peresztességhez viszonyított arányában viseli.
- A biztosítottat képviselő ügyvéd – készkiadásokat is tartalmazó – megbízási díját a biztosító a jelen feltételben meghatározottak szerint viseli.
- IX.3.4. Az egyeztető eljárás költségét az alábbiak szerint viselik a felek:
- amennyiben az egyeztető eljárás eredménye a biztosítottra nézve kedvező, az eljárás költségét a biztosító viseli,
 - amennyiben az egyeztető eljárás eredménytelen vagy eredménye a biztosítóra kedvező, úgy a biztosított és a biztosító saját költségüket viselik.
- IX.3.5. Amennyiben az egyeztető eljárás nem vezet eredményre, akkor a biztosított jogosult a biztosítási szerződéssel kapcsolatos érdekei védelmében szabadon megválasztani jogi képviselőjét.

X. A BIZTOSÍTOTT JOGI KÉPVISELETE

- X.1. A biztosított jogosult a biztosítási esemény bekövetkezését követően, illetve bármely bírósági vagy közigazgatási eljárásban vagy az ilyen eljárás megkezdését megelőzően, az eljárás elkerülését elősegítő eljárás során, valamint az egyeztető eljárás eredménytelensége esetén, szabadon megválasztani jogi képviselőjét (ügyvédjét).
- X.2. Az ügyvédválasztási jog csak olyan ügyvédekre vonatkozik, akinek irodája a biztosított lakóhelye szerinti helységben vagy azon bíróság vagy közigazgatási hatóság székhelyén van, amely az első fokon indítandó eljárásra illetékes. Ha ezen helységben nincs vagy csak egy ügyvéd működik, akkor választható más, a megyei bíróság illetékességi területén működő ügyvéd is.
- X.3. Amennyiben a biztosított nem él szabad ügyvédválasztási jogával, úgy a biztosító megfelelő szakértelemmel rendelkező ügyvédet ajánl vagy – külön meghatalmazás alapján – a biztosító jogtanácsosa látja el a biztosított jogi képviseletét.
- X.4. Az ügyvéddel minden esetben a biztosított létesít megbízási jogviszonyt.
- X.5. Amennyiben a biztosított szabad ügyvédválasztási jogával él, úgy köteles az ügyvéddel kötött – ügyvédi megbízási díjat tartalmazó – megbízási szerződést, a megbízás létrejöttét követő 2 munkanapon belül a biztosítónak benyújtani. A biztosító csak abban az esetben téríti a megbízási szerződésben meghatározott mértékben az ügyvédi megbízási díjat, amennyiben a megbízási díj összegét előzetesen elfogadta.
- X.6. A biztosított köteles a jogi képviseletét ellátó ügyvédet a titoktartási kötelezettsége alól mentesíteni, és megbízni, hogy az igényérvényesítés (bírósi, hatósági eljárás) állásáról folyamatosan tájékoztassa a biztosítót és az eljárás iratait (pl. keresetlevél, tárgyalási jegyzőkönyvek, beadványok, bírósági határozatok) bocsássa a biztosító rendelkezésére.
- X.7. Az ügyvéd a biztosítottal szemben közvetlenül felelős a megbízás teljesítéséért. A biztosító nem felel az ügyvéd tevékenységéért.

XI. ÉRDEKELLETÉT ESETÉN KÖVETENDŐ ELJÁRÁS

- XI.1. Érdekelletének minősül, amennyiben a jelen szerződés szerinti biztosítási esemény kapcsán
- az ellenérdekű félnek a biztosító más biztosítási szerződés (pl. felelősségbiztosítási, jogvédelmi biztosítási szerződés) alapján biztosítási védelmet nyújt vagy
 - a biztosító az ellenérdekű fél.
- XI.2. Érdekelletét esetén
- a biztosított jogi képviseletét minden esetben a szabadon választott ügyvédje látja el, illetve szabadon választott ügyvéd ad jogi tanácsot,
 - az érdeksérelemmel kapcsolatos tájékoztatási kötelezettség a biztosítottat kizárólag az ügyvédje irányában terheli. Amennyiben azonban azért áll fenn érdekelletét, mert ugyanazon biztosítási esemény kapcsán az ellenérdekű félnek is jogvédelmi fedezetet nyújt a biztosító, úgy a teljeskörű tájékoztatási kötelezettség a biztosító irányában is fennáll.
 - a sikerkilátás vizsgálatát nem a biztosító végzi. A biztosító elfogadja a biztosított jogi képviseletére felkért ügyvéd sikerkilátással kapcsolatos álláspontját, amennyiben az ügyvéd – írásbeli állásfoglalásában – a tényállás ismertetésével és a vonatkozó jogszabályi rendelkezésekre utalással megfelelő jogi indokát adja a jogi érvényesítés sikerének.
- XI.3. Érdekelletét esetén a biztosító köteles haladéktalanul írásban tájékoztatni a biztosítottat az érdekelletét fennállásáról és a jelen különös feltetelek XI.2. pontjában foglaltakról.

XII. JOGVÉDELMI SZOLGÁLTATÁSOK

XII.1. Jogvédelmi szolgáltatások

A szolgáltatási igény teljesítési feltételeinek fennállása esetén a biztosító – az érdeksérelem jellegétől függően – az alábbi jogvédelmi szolgáltatásokat nyújtja:

- XII.1.1. megfelelő szakértelemmel rendelkező ügyvédet ajánl, amennyiben a biztosított nem él szabad ügyvédválasztási jogával,
- XII.1.2. szóban vagy írásban jogi tanácsot ad, illetve fedezi a jogi tanácsadás ügyvédi díját a jelen pontban foglaltak szerint,

XII.1.3. a káreseményenkénti és biztosítási időszakra megállapított biztosítási összeg erejéig viseli a jogi eljárás költségeit az alábbiak szerint:

- a) ügyvédi díj
A biztosítás a biztosított jogi képviseletét ellátó ügyvéd indokolt, feladathoz mért és szokásos mértékű – készkiadásokat is magában foglaló – megbízási díját fedezi, amelyhez a biztosító előzetesen hozzájárult. Amennyiben a biztosított a biztosító előzetes hozzájárulása nélkül állapotodott meg az ügyvédi megbízási díj összegében, a biztosító a pártfogó ügyvéd jogszabályban meghatározott minimális munkadíjának megfelelő mértékű megbízási díjat fizet.
- b) jogi eljárások költsége
A bírósági, hatósági, közvetítői eljárások illetékét, díját és költségét (pl. tanú- és szakértői díj, tolmácsdíj, helyszíni tárgyalás és szemle költsége) valamennyi fokon téríti a biztosító, amennyiben a biztosított köteles e költségek megfizetésére vagy előlegezésére.
- c) ellenérdekű fél költsége
A biztosítás abban az esetben fedezi az ellenérdekű fél költségét, amennyiben a biztosított – jogerős határozat folytán – köteles ezek megfizetésére, és ezekre vonatkozóan nem áll fenn más irányú biztosítási védelem.
- d) végrehajtás költsége
A biztosítottat megillető végrehajtási jogcím (pl. ítélet) meglétét követően a végrehajtás költségeit a biztosítás legfeljebb 2 végrehajtási kísérlet erejéig fedezi.
- e) szakvélemény költsége
Fedezi a biztosítás a biztosított által felkért független szakértő írásbeli szakvéleményének díját, feltéve, hogy a szakértő megbízásához és a szakértői díj összegéhez a biztosító előzetesen hozzájárult.
- f) fordítási költség
Fedezi a biztosítás a jogi eljárás lefolytatásához szükséges dokumentumok indokolt fordítási költségét, feltéve hogy ahhoz a biztosító előzetesen hozzájárult.

XII.2. A jogi költségek viselésének feltételei

- XII.2.1. A biztosítás csak a biztosítási esemény – biztosítónak történt – bejelentését követően felmerült költségeket fedezi. A biztosítási esemény bejelentése előtt felmerült költségekre csak akkor vonatkozik a biztosítási védelem, amennyiben azok a biztosítási esemény bejelentése előtt 30 nappal nem korábban az ellenfél, a hatóság intézkedései vagy a biztosított tett halaszthatatlan intézkedések által merültek fel.
- XII.2.2. Perbeli egyezség esetén a biztosító a költségeket a pernyertességnek a peresztességhez viszonyított arányában viseli. A peres eljárás során a biztosított köteles indítványozni, hogy a bíróság határozzon a perköltség viseléséről. Peren kívüli egyezség esetén a költségeket a biztosító viseli, kivéve, ha az ellenérdekű fél vállalja azok megtérítését.
- XII.2.3. Amennyiben – pertársaság esetén – a bíróság a biztosítottat a többi pertárral egyetemlegesen kötelezi a perköltség viselésére, a biztosítás a perköltséget olyan arányban fedezi, amilyen arányban a biztosított követelése vagy a vele szemben támasztott követelés a valamennyi pertárs által érvényesített követelés vagy a velük szemben támasztott követelés összértékéhez aránylik.
- XII.2.4. Csőd és felszámolási eljárás esetén a biztosítás kizárólag a biztosítottat képviselő ügyvéd megbízási díját fedezi, azaz eljárás során felmerülő további költségeket (pl. illeték, regisztrációs díj, közzétételi költség) nem.
- XII.2.5. Választott bírósági eljárás esetén a biztosítás legfeljebb olyan mértékben fedezi a jogi költségeket, amennyiben a biztosított rendes bírósági eljárásban köteles lenne azok fizetésére.
- XII.2.6. **Nem fedezi a biztosítás**
 - a) a biztosítottal vagy jogi képviselőjével szemben, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos eljárásban rosszhiszemű pervitel vagy mulasztás miatt kiszabott bírságot, illetve ezen magatartás miatti többletköltséget,
 - b) a jogi költségekbe foglalt általános forgalmi adót, amennyiben azt a biztosított jogosult adójából levonni vagy visszaigényelni.
- XII.2.7. **Ha egy eljárás során olyan igények merülnek fel, melyekre vonatkozólag csak részben áll fenn biztosítási védelem, akkor a biztosító csak azon költségeket viseli, amelyeket a biztosítási védelem alatt nem álló igények figyelembevétele nélkül is ő fizetne.**

XIII. A BIZTOSÍTÓ MEGTÉRÍTÉSI IGÉNYE (A JOGI KÖLTSÉGEK VISSZATÉRÍTÉSE A BIZTOSÍTÓNAK)

- XIII.1. Amennyiben a biztosított peren kívüli megállapodást köt az ellenérdekű féllel és az ellenérdekű fél vállalja a biztosított jogi költségeinek (pl. ügyvédi megbízási díj) a megtérítését, továbbá bírósági eljárás során a bíróság a biztosított javára per-, illetve ügyvédi költséget ítél meg, akkor az ebből befolyó összeg a biztosítót illeti, a biztosító által kifizetett összeg mértékéig.
- XIII.2. A jelen különös feltételek XIII.1. pontja szerint megtérült jogi költségeket a biztosított köteles – a megtérülést követő 15 napon belül – a biztosítónak visszafizetni. Amennyiben a biztosítottnak megítélt jogi költségek behajtása iránt a biztosított nem intézkedik, a biztosítottal kötött engedményszerzési megállapodás alapján a biztosító által művelt másik ágazat részére vagy más, az 1. sz. melléklet A) részében meghatározott bármely ágazatot művelő más biztosító számára, illetve a biztosítóban az ezen alkalmazottak felett utasítási joggal rendelkező vezető állású személy nem rendelkezik utasítási joggal más biztosítási ágazatba tartozó károk rendezésével kapcsolatban”.

XIV. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

- XIV.1. A biztosítót a biztosítási eseménnyel és az azzal összefüggésben indított eljárással kapcsolatban tudomására jutott tények, adatok tekintetében ugyanolyan titoktartási kötelezettség terheli, mint az ügyvédet.
- XIV.2. A biztosító tájékoztatja a szerződő felet, hogy – a biztosító és a biztosított közötti érdekellentétek elkerülése érdekében – a biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 161. § (1) bek. a)-c) pontjai közül az a) pontban meghatározott megoldást alkalmazza, azaz „a jogvédelmi ágazat kárainak rendezésével, illetve az ezzel kapcsolatos jogi tanácsadással foglalkozó alkalmazottai ugyanilyen vagy hasonló tevékenységet nem folytatnak a biztosító által művelt másik ágazat részére vagy más, az 1. sz. melléklet A) részében meghatározott bármely ágazatot művelő más biztosító számára, illetve a biztosítóban az ezen alkalmazottak felett utasítási joggal rendelkező vezető állású személy nem rendelkezik utasítási joggal más biztosítási ágazatba tartozó károk rendezésével kapcsolatban”.

Betegszállítás és Teledoktor szolgáltatásra vonatkozó biztosítás különös feltételei

Jelen asszisztencia szolgáltatások feltételei a **Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) TöbbMillió Segítség balesetbiztosítás szerződéseinek asszisztencia szolgáltatásaira érvényesek**, feltéve, hogy a biztosítási szerződést jelen asszisztencia szolgáltatások feltételeire hivatkozással kötötték.

Az asszisztencia szolgáltatásokkal kapcsolatban a biztosító 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. A Szolgáltatás szervező személyének megváltozásáról a biztosító a szerződőt tájékoztatja.

A biztosító jogosult az asszisztencia szolgáltatás nyújtását megszüntetni. A szolgáltatás megszüntetéséről a biztosító a szerződőt a megszüntetés hatályba lépését megelőző 60 nappal tájékoztatja.

I. FOGALMAK

Szolgáltatás szervező: az Europ Assistance Magyarország Kft. (székhely: **1132 Budapest, Váci út 36-38.**), asszisztencia szolgáltatást nyújtó társaság, a Generali Biztosító megbízottja.

Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszám: a Szolgáltatás szervező élőhangos, a nap 24 órájában elérhető telefonos egészségügyi tájékoztatói és szolgáltatásszervezési szolgáltatást működtet a **+36 1 465 3683-as telefonszámon**.

Fekvőbeteg ellátás: a betegnek fekvőbeteg-gyógyintézeti (általános feltételek IX.3.) 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.

II. SZOLGÁLTATÁSOK MEGHATÁROZÁSA

A biztosító szerződéskötéskor a választott biztosítási csomagtól függően a kockázatviselés kezdő napjától, az alábbi asszisztencia szolgáltatások Szolgáltatás szervező általi szervezését és finanszírozását nyújtja a biztosított részére:

- TeleDoktor szolgáltatás a kockázatviselés teljes időszaka alatt,
- a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetéből eredő kórházi fekvőbeteg ellátása utáni betegszállítási szolgáltatás.

II.1. TeleDoktor szolgáltatás

A kockázatviselés tartama alatt a TeleDoktor szolgáltatást a **TöbbMillió Segítség balesetbiztosítással** rendelkező biztosított évente korlátlan számban veheti igénybe a Szolgáltatás szervező által dedikált telefonszámon.

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 szolgáltatás nem tartalmazza az ajánlott szolgáltatások megrendelésével kapcsolatos ügyintézését és a 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,
 - gyógyszertárakról és gyógyszertári ügyeletekről.
- **Egészségügyi asszisztencia**
Munkaidőben (8-16 óráig) azonnali teljesítés, munkaidőn kívüli hívás esetén visszahívás a legközelebbi munkanapon.
Általános orvosi véleményezés, útmutatás az alábbiak szerint:
 - általános orvosi útmutatás,
 - általános tájékoztatás diagnosztikai eredményekről, diagnózisról, gyógyszerekről,
 - szakorvosi központ ajánlása.

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.

II.2. Betegszállítás

Biztosítási esemény: a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesetéből eredő kórházi fekvőbeteg ellátását követően a kórházból történő elszállítása.

Biztosítási esemény időpontja: a biztosított kórházból történő elszállításának napja.

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

A biztosító a Szolgáltatás szervezőn keresztül az alábbi szolgáltatást nyújtja a kockázatviselés időszaka 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 szállításának megszervezése a kórházból az általa megadott magyarországi címre és a szállítás költségeinek viselése. A biztosító nem vizsgálja a biztosított mozgáskorlátozottságát a szolgáltatás igénybevételekor.

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

Teljesítési korlát: a biztosító a Szolgáltatás szervezőn keresztül a kockázatviselés tartama alatt egy biztosítási éven belül kizárólag egy biztosítási eseményből eredően egy alkalommal szolgáltatást.

Betegszállítási igény bejelentése és a szolgáltatás nyújtásának feltételei

A biztosítási 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 betegszállítást 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,
- fekvőbeteg ellátást végző intézmény neve és címe,
- szállítási cím.

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 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 (zárójelentés, igazolás fekvőbeteg-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.

III. AZ ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁSOK MEGSZŪNÉSE

A biztosító jogosult az asszisztencia szolgáltatás nyújtását megszüntetni. A szolgáltatás megszüntetéséről a biztosító a szerződőt a megszüntetés hatályba lépését megelőző 60 nappal tájékoztatja és az asszisztencia szolgáltatás megszűnik valamennyi biztosított vonatkozásában.

Az asszisztencia szolgáltatás megszüntetése esetén a szerződő jogosult a biztosítási szerződést írásban, a felmondási idő megtartása nélkül felmondani.

IV. KIZÁRÁSOK

A biztosító jelen asszisztencia szolgáltatás esetében az általános feltételek VI. fejezetében meghatározottak szerinti esetekben mentesül a betegszállítás és Teledoktor szolgáltatások teljesítése alól, valamint az általános feltételek VII. fejezetében felsorolt esetekre nem terjed ki a kockázatviselése.