

Sberbank Magyarország Zrt. bankszámla-, hitelkártya-, kölcsön-, hitelszerződéssel rendelkező üzletfelei számára

csoportos számlabiztosítás -

élet-, egészség-, baleset- és munkanélküliségi biztosítási feltételek

(SB-SZB-1)

Hatályos: 2020.07.20.

Jelen Biztosítási feltétel (továbbiakban: **Feltételek**) – ellenkező megállapodás hiányában – a Generali Biztosító Zrt. (a továbbiakban: **Biztosító**) és a Sberbank Magyarország Zrt.. (a továbbiakban: **Bank** és/vagy **Szerződő**) közötti, a Sberbank Magyarország Zrt. bankszámla-, hitelkártya-, kölcsön-, hitelszerződéshez kapcsolódó biztosítás tárgyában létrejött csoportos számlabiztosítási szerződésére (a továbbiakban: **Biztosítási szerződés**) érvényes, feltéve, hogy a biztosítási szerződést jelen Feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosítási szerződés részét képező „**A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések**” (továbbiakban: **Ügyfélértékelő**) elnevezésű dokumentum, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

„**A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések**” elnevezésű dokumentum és a jelen Feltételek eltérése esetén a jelen Feltételek rendelkezései az irányadók.

1. Értelmező rendelkezések

- 1) **Adós:** kölcsön-, vagy hitelszerződésben adósként megnevezett természetes személy, aki a kölcsön-, vagy hitelszerződéshez kapcsolódó törlesztési számla tulajdonosa.
- 2) **Adóstárs:** a kölcsön-, vagy hitelszerződésben adóstársként megnevezett természetes személy.
- 3) **Banki szerződés:** a Sberbank Magyarország Zrt-vel megkötött alábbi lakossági szerződések összefoglaló neve: bankszámla-, hitelkártya-, kölcsön-, hitelszerződés.
- 4) **Bankszámlaszerződés:** a Bank, mint számlavezető és a **Számlatulajdonos** között létrejött/létrejövő olyan lakossági ügyfeleknek szóló szerződés, ami alapján a Bank a számlatulajdonos számára, pénzforgalmának lebonyolítása érdekében fizetési számlát nyit és vezet.
- 5) **Bankszámla tulajdonos** (továbbiakban **Számlatulajdonos**): Az a természetes személy (a Bank lakossági ügyfele), aki részére a Bank bankszámlát vezet és a Bankkal Bankszámla szerződést kötött; a bankszámla tulajdonosa.
- 6) Baleset fogalma
 - a) **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.
 - b) **Balesetnek minősül továbbá:**
 - 1) a gyermekbénulás és a kullancscsípés következtében kialakuló agyburrok-, vagy/és agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel megállapították 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 a gyermekbénulásként vagy agyburrok- vagy/és agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,

- 2) a veszettség, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - 3) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkezik. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
- c) Nem minősül balesetnek** (ca) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi, vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki; (cb) a foglalkozási betegség (ártalom); (cc) a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be; (cd) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye, (ce) az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.
- 7) **Betegség:** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.
 - 8) **Biztosítási időszak:** egy adott, biztosítási fedezetben eltöltött naptári hónapot jelent.
 - 9) **Biztosítási összeg:** jelen Feltételek vonatkozásában Biztosítási összegnek minősül halál, baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás és baleseti kórházi térítés biztosítási események vonatkozásában az adott biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító által fizetett biztosítási összeg, amennyiben a szolgáltatási igény megalapozott.
 - 10) **Biztosítás tartama:** A biztosítási szerződés és az adott Biztosított biztosított jogviszonya határozatlan időtartamra jön létre. A biztosított jogviszony egyéb megszűnési ok hiányában megszűnik akkor, ha az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási szolgáltatási díj terhelésének helyéül szolgáló valamennyi Díjfizetési számla bármely okból megszűnik, ebben az esetben a biztosított jogviszony a díjfizetési számla megszűnésével egyidejűleg szűnik meg azzal, hogy a megszűnéssel érintett naptári hónapra esedékes biztosítási díj a Biztosítót megilleti.
 - 11) **Díjfizetés esedékessége:** adott naptári hónap 10-e.
 - 12) **Díjfizetési számla:** az a Banknál vezetett számla - Bankszámlaszerződés alapján vezetett bankszámla vagy Hitelkártyaszerződés alapján vezetett hitelkártyaszámla -, amelyet a Díjfizetési számla tulajdonosának felhatalmazása alapján a Bank havonta megterhel az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási szolgáltatási díj havi összegével.
 - 13) **Hitelszerződés:** a Bank mint hitelező és az Adós között fennálló lakossági jelzáloghitelszerződés (továbbiakban: **hitelszerződés**).
 - 14) **Hitelkártyaszerződés:** a Bank, mint hitelező, és a természetes személy hitelkártyabirtokos között létrejött/létrejövő olyan lakossági szerződés, ami alapján a Bank a **Fő-hitelkártyabirtokossal** mint adóssal kötött hitelkeretszerződés alapján rendelkezésre tartott hitelkeret terhére a hitelkártyabirtokos a hitelkártyákkal tranzakciókat végezhet.
 - 15) **Hozzá tartozónak** minősülnek a Munka törvénykönyvében ekként meghatározott személyek: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa.
 - 16) **Fő-hitelkártyabirtokos** (továbbiakban **Főkártyabirtokos**): Az a természetes személy (a Bank lakossági ügyfele), aki részére a Bank hitelkártyaszámlát vezet és a Bankkal Hitelkártyaszerződést kötött.

- 17) **Kórház:** Jelen Feltételek szempontjából **kórháznak minősül** a szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

Jelen 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, geriátriai ellátók, szociális otthonok, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei, feltéve, hogy a Biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

- 18) **Kölcsönszerződés:** a Bank mint hitelező és az Adós között fennálló lakossági személyi kölcsönszerződés (továbbiakban: **kölcsönszerződés**).
- 19) **Közös megegyezéssel történő munkaviszony-megszüntetés:** Jelen Feltételek szerint közös megegyezéssel történő munkaviszony-megszüntetés alatt kell érteni minden, a hatályos jogszabályoknak megfelelően, érvényesen eszközölt Munkaviszony megszüntetést, melyet a felek közös megegyezés keretében írnak alá.
- 20) **Magzatnál fennálló egészségi ok miatt bekövetkező terhességmegszakítás:** amennyiben a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban vagy egyéb egészségkárosodásban szenved, és az arra jogosult állami szerv engedélyével kizárólag emiatt történik a terhesség megszakítás.
- 21) **Munkavállaló által gyakorolt azonnali hatályú felmondás:** Jelen Feltételek szerint a munkavállaló által gyakorolt azonnali hatályú felmondás alatt kell érteni minden olyan, a munkavállaló által tett, a Munkaviszony megszüntetésére irányuló egyoldalú nyilatkozatot, mely a munkáltató szerződésszegésén, illetve a munkaviszony fenntartását lehetetlenné tevő magatartásán alapul (pl. azonnali hatályú felmondás, rendkívüli lemondás).
- 22) **Munkáltató által gyakorolt felmondás:** Jelen Feltételek szerint a munkáltató által gyakorolt felmondás alatt kell érteni minden olyan, a munkáltató (munkáltatói jogkör gyakorlója) által tett, a Munkaviszony megszüntetésére irányuló egyoldalú nyilatkozatot, mely nem a munkavállaló szerződésszegésén, illetve munkaviszonya fenntartását lehetetlenné tevő magatartásán alapul, (pl. felmondás, felmentés), ideértve a csoportos létszám-csökkentést, vagy a munkáltató jogutód nélküli megszűnését is.
- 23) **Munkaviszony:** Jelen Feltételek szerint munkaviszony alatt a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, magyar jog alapján létrejött munkaviszonyt, valamint azon munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyokat kell érteni, amely alapján a Biztosított Magyarországon álláskeresői járadékra jogosultságot szerez. A Biztosító kockázatviselése kizárólag jelen pontban hivatkozott munkaviszonyra terjed ki. Munkaviszonynak minősül a határozatlan tartamú, vagy a legalább 12 hónapra szóló határozott idejű és legalább heti 30 óra munkavégzésre irányuló jogviszony is.
- 24) **Nyugdíjjogosult:** Jelen Feltételek alkalmazásában saját jogú nyugellátásban részesülőnek minősül (továbbiakban: nyugdíjjogosult) az a természetes személy, aki a mindenkor hatályos külön jogszabályban meghatározott szolgálati idő megszerzése, illetve a mindenkor hatályos külön jogszabályban rögzített életkor betöltése okán nyugellátásban részesül. Nyugdíjjogosultnak minősül továbbá az, akinek nyugdíjjogosultsága egészségi állapotára tekintettel került megállapításra.
- 25) **Orvosszakértői Intézet:** a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás, illetve egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult magyarországi szerv.
- 26) **Önfoglalkoztatott:** jelen Feltétel alkalmazásában önfoglalkoztatottnak minősül az a munkát végző személy, aki maga szervezi foglalkoztatásának feltételeit, azaz önmaga foglalkoztatásáról egyéni vállalkozás keretében, gazdasági társaság tevékenységében

személyesen közreműködő tagként, mezőgazdasági őstermelőként, vagy az ehhez kapcsolódó szolgáltatói tevékenység keretében gondoskodik vagy személyes közreműködéssel, illetve egyéb vagyoni értékű szolgáltatás teljesítésével vesz részt a szövetkezet gazdasági tevékenységében.

- 27) **Távértékesítés:** Jelen Feltételek alkalmazásában Távértékesítésnek minősül a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény 2. § (1) bekezdés f) pontjában megjelöltek szerint, a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződés alapján a biztosítotti jogviszony távközlő eszköz útján történő létrehozatala. A távközlő eszköz lehet telefon, vagy egyéb online csatorna, illetve minden olyan eszköz, amely alkalmas a felek távollétében - a biztosítotti jogviszony létrehozatala érdekében – a biztosítotti nyilatkozat megtételére.
- 28) **Vállalatirányítási befolyással rendelkező személy:** a Biztosított, ha az adott munkáltatónál irányítási jogkörrel, vagy befolyásoló részesedéssel rendelkezik, így különösen, ha ő a munkáltató tulajdonosa, vezető tisztségviselője, többségi részvényese, valamint közvetve, vagy közvetlenül a Polgári Törvénykönyvben rögzített többségi befolyással rendelkezik.
- 29) **Várakozási idő** kizárólag a munkanélküliségi kockázat tekintetében alkalmazandó – a Biztosítási szerződés hatályának az adott Biztosítottra való kiterjesztésétől kezdődő, azon egyszeri 90 napos időszak, mely alatt a Biztosító kockázatviselése a Biztosított munkanélküliségével kapcsolatos biztosítási eseményekre nem terjed ki.
- 30) **Havi biztosítási összeg:** jelen Feltételek vonatkozásában Havi biztosítási összegnek minősül keresőképtelenség és munkanélküliségi biztosítási események vonatkozásában az adott biztosítási időszakra - azaz naptári hónapra – vonatkozó, a Biztosító által fizetett Havi biztosítási összeg, amennyiben a szolgáltatási igény megalapozott.

2. Általános rendelkezések

2.1. A Biztosítási szerződés alanyai

- 1) **Szerződő:** a Sberbank Magyarország Zrt. (továbbiakban: **Bank**, székhely: 1088 Budapest, Rákóczi út 1-3. cégjegyzékszám: 01-10-041720, MNB törzsszáma: 10776999), aki a Biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötö, és aki a biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetésére kötelezettséget vállal.
- 2) **Biztosító:** Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: **Biztosító**, székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.; cégjegyzékszám: 01-10-041305, MNB törzsszáma: 10308024), aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és jelen Feltételekben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 3) **Biztosított:** a Bankkal jelen Feltétel 1. pont 3) bekezdés alapján meghatározott banki szerződést megkötő 18-70 év közötti természetes személy, aki a biztosítotti jogviszony létrejöttének feltételül szabott, jelen Feltétel 1. pont 3) bekezdésében meghatározott banki szerződéssel rendelkezik a Sberbank Magyarország Zrt-nél (továbbiakban: **Biztosított**), és aki a Biztosított nyilatkozat érvényes megtételével hozzájárul ahhoz, hogy a Bank és Biztosító között létrejött biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen.

Nem válhat biztosítottá az, aki az igénylés időpontjában 18-ik életét még nem töltötte be, illetve a 45-ik életét már betöltötte.

Jelen Feltétel alapján bankszámlaszerződéshez kapcsolódóan a bankszámla tulajdonosaként megnevezett 18-45 éves természetes személy válhat biztosítottá.

Jelen Feltétel alapján hitelkártyaszerződéshez kapcsolódóan a Főhitelkártyabirtokosként megnevezett 18-45 éves természetes személy válhat biztosítottá.

Jelen Feltétel alapján kölcsönszerződéshez kapcsolódóan Adósként vagy Adóstársként megnevezett 18-45 éves természetes személy válhat biztosítottá.

Jelen Feltétel alapján hitelszerződéshez kapcsolódóan a hitelszerződésben Adósként vagy Adóstársként megnevezett 18-45 éves természetes személy válhat biztosítottá.

Adott Biztosított a jelen biztosítási Feltételek alapján egyidejűleg a jelen Feltétel 1. bekezdés 3) pontja alapján meghatározott banki szerződésekhez kapcsolódóan összesen legfeljebb egy biztosítási jogviszonnyal rendelkezhet a Biztosítónál.

- 4) **Kedvezményezett:** a Biztosított életében esedékes szolgáltatások vonatkozásában a Biztosított, a Biztosított halála esetén annak örököse(i), vagy a Biztosított által írásban megjelölt személy(ek).

A Bank, mint szerződő a Biztosítóval megkötött Biztosítási szerződésben lemondott a kedvezményezett jelölésére, illetve a kedvezményezett személyének módosítására vonatkozó jogáról, mely alapján a kedvezményezett jelölésére és a kedvezményezett személyének módosítására a Biztosított önállóan jogosult.

A Biztosított a biztosítotti jogviszonya fennállása alatt bármikor a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal 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.

A kedvezményezett-jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

Amennyiben az adott Biztosítottra vonatkozóan kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett-jelölés hatályát veszítette, vagy nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, akkor a biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított örököse(i).

2.2 A Biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony létrejötte

- 1) A Biztosítási szerződés a Bank mint Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre.
- 2) **A Biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.**
- 3) A Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat érvényes megtételével hozzájárul ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött Biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen.
- 4) **A Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet.**
- 5) **A Biztosítási Szerződésben foglaltak értelmében a Biztosító kockázatviselése egy adott banki szerződéshez kapcsolódóan legfeljebb 2 Biztosítottra terjedhet ki adott kölcsön-, vagy hitelszerződés vonatkozásában Adósra és Adóstársra, azonban adott bankszámlaszerződés vonatkozásában kizárólag a bankszámla tulajdonosra, adott hitelkártyaszerződés vonatkozásában kizárólag a főkártyabirtokosra terjedhet ki.**
- 6) **Adóstárs kizárólag abban az esetben válhat biztosítottá, ha ehhez a vonatkozó kölcsön-, vagy hitelügylet Adósa kifejezetten hozzájárul. Amennyiben az Adós részéről szükséges hozzájárulás megadása távértékesítés keretében történik, akkor az Adóstárs a hozzájárulás megtételétől számított 15 napon belül tehet Biztosítotti nyilatkozatot. Amennyiben ezen 15 nap alatt az Adóstárs nem tette meg a biztosítotti jogviszony létrehozásához szükséges Biztosítotti nyilatkozatát, akkor az Adós hozzájáruló nyilatkozata annak megtételétől számított 15. napon érvényét és hatályát veszti.**

2.3 Biztosítotti nyilatkozat

- 1) A Biztosítotti nyilatkozat az a Biztosított által kitöltött és aláírt, illetve Távértékesítés keretében megtett és rögzített nyilatkozat, amely tartalmazza a Biztosítási szerződés hatályának a Biztosítottra való kiterjesztéséhez, a Kedvezményezett jelöléséhez és a díjfizetéshez, valamint a banktitoknak minősülő adatok átadásához kapcsolódó nyilatkozatokat, valamint a Biztosító által feltett

kérdéseket, és a Biztosított által azokra adott válaszokat, amely nyilatkozatok megtételével, és amely kérdések hiánytalan és a valóságnak megfelelő megválaszolásával a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.

- 2) A biztosítandó személy köteles a Biztosítotti nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul megtenni.
- 3) A Biztosító a biztosítási kockázat elvállalása kapcsán egészségi kockázatelbírálást nem végez.
- 4) **Adott Biztosított kizárólag egy érvényes biztosítotti jogviszonnyal rendelkezik a Banki szerződéshez kapcsolódó csoportos számlabiztosítás alapján. Amennyiben ugyanazon Biztosított több Biztosítotti nyilatkozatot is megtesz, úgy a biztosítotti jogviszony kizárólag a legkorábban megtett Biztosítotti nyilatkozat alapján jöhet létre, a további Biztosítotti nyilatkozat(ok) érvénytelen(ek), az(ok) alapján biztosítotti jogviszony(ok) nem jön(nek) létre. Az időben később megtett – jelen bekezdés alapján érvénytelennek minősülő - Biztosítotti nyilatkozat(ok) alapján az esetlegesen kiterhelt biztosítási szolgáltatási díjat a Szerződő visszafizeti a Biztosított részére.**

2.4 A biztosítotti jogviszony létrejötte és a kockázatviselés kezdete (a Biztosítási szerződés hatályának kiterjesztése) a biztosítási fedezet igénylése

- 1) A papír alapú vagy Távértékesítés keretében tett Biztosítotti nyilatkozattal történő csatlakoztatás esetén az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya az alábbi időpontokban jön létre:
 - a. jelen Feltétel 1. 4). pontja alapján Bankszámlaszerződéshez kapcsolódó nyilatkozat tétel esetén a Biztosítotti nyilatkozat megtételét követő hónap első napján 0. órakor jön létre, de nem korábban, mint a Bankszámlaszerződés létrejöttét követő hónap első napján 0. órakor.
 - b. jelen Feltétel 1. 12). pontja alapján Hitelkártyaszerződéshez kapcsolódó nyilatkozat tétel esetén a Biztosítotti nyilatkozat megtételét követő hónap első napján 0. órakor jön létre, de nem korábban mint a Hitelkártyaszerződés alapján kibocsátott Hitelkártya aktiválását követő hónap első napján 0. órakor.
 - c. jelen Feltétel 1. 11). pontja alapján Hitelszerződéshez kapcsolódó nyilatkozat tétel esetén a Biztosítotti nyilatkozat megtételét követő hónap első napján 0. órakor jön létre, de nem korábban, mint a Hitelszerződés alapján folyósított hitelösszeg, vagy részletekben történő folyósítás esetén annak első részlete folyósításának időpontját követő hónap első napján 0. órakor.
 - d. jelen Feltétel 1. 17) pontja alapján Kölcsönszerződéshez kapcsolódó nyilatkozat tétel esetén a Biztosítotti nyilatkozat megtételét követő hónap első napján 0. órakor jön létre, de nem korábban, mint a Kölcsönszerződés alapján folyósított kölcsönösszeg, vagy részletekben történő folyósítás esetén annak első részlete folyósításának időpontját követő hónap első napján 0. órakor.

2) A Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése – Távértékesítés keretében történő csatlakozás esetén, amennyiben ehhez a Biztosított az azonnali hatályú felmondási jogára vonatkozó határidő letelte előtt hozzájárul - a biztosítotti jogviszony létrejöttének időpontjában, munkanélküliségi kockázat tekintetében pedig a Várakozási idő eltelte után kezdődik meg.

- 3) Amennyiben a Biztosított a Távértékesítés keretében történő csatlakozás során jelen Feltételek 2.4. pont 2) bekezdésben írt kockázatviselési kezdethez nem járul hozzá, akkor a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a Bank által a biztosítotti jogviszony létrejöttének igazolásaként a Biztosított részére megküldött tájékoztató dokumentumok Biztosított általi kézhezvételétől számított 30. napot követő hónap első napján 0. órakor kezdődik, de nem korábban, mint a jelen Feltétel 2.4. pont 1) bekezdésében meghatározott időpontokban, figyelembe véve a munkanélküliségi kockázat esetén a Várakozási időt is.

2.5 A kockázatviselés megszűnése

- 1) **A Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosított vonatkozásában valamennyi biztosítási kockázat (biztosítási esemény) tekintetében megszűnik a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a csoportos biztosítási szerződés megszűnésével egyidejűleg. Mind a Biztosító, mind a Bank a Biztosítási szerződést rendes felmondással megszüntetheti. A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a rá vonatkozó biztosítási díjjal fedezett biztosítási időszak utolsó**

napján 24 órakor, de legkésőbb a Biztosítási szerződés megszűnésének napján 24 órakor szűnik meg. A Bank valamennyi Biztosítottat írásban értesíti a Biztosítási szerződés megszűnéséről és annak a Biztosító kockázatviselésére gyakorolt hatásáról.

2) **A Biztosító kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában valamennyi biztosítási kockázat (biztosítási esemény) tekintetében megszűnik az alábbiak szerint:**

- a) annak a naptári évnek a végén, amelyben a Biztosított a 70. életévét betöltötte, figyelemmel jelen Feltétel 4. (A biztosítás díja) pontjában foglaltakra;
- b) Biztosított halála esetén a biztosítási esemény időpontjában, figyelemmel a jelen Feltétel 4. (A biztosítás díja) pontjában foglaltakra;
- c) Biztosított Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodása esetén a Biztosító teljesítésével a teljesítés időpontjában, figyelemmel jelen Feltétel 4. (A biztosítás díja) pontjában foglaltakra;
- d) a Biztosított felmondási- vagy azonnali hatályú felmondási (Távértékesítés keretében történő csatlakozás esetén) jogának gyakorlása esetén a felmondás/azonnali hatályú felmondás jelen feltétel 2.5. pontjának 4) bekezdése szerinti hatályosulásakor;
- e) Bankszámlaszerződés mellé igényelt csoportos számlabiztosítás esetén a Biztosított számlatulajdonosra, Hitelkártyaszerződés mellé igényelt csoportos számlabiztosítás esetén a Biztosított Főkártyabirtokosra, Kölcsön-, vagy Hitelszerződés mellé igényelt csoportos számlabiztosítás esetén a Biztosított Adósra illetve Adóstársra vonatkozó áthárított biztosítási szolgáltatási díj terhelésének helyéül megjelölt Díjfizetési számla tulajdonosa általi megfizetésének elmaradása esetén az elmaradt biztosítási szolgáltatási díj esedékessége szerinti naptári hónapot követő második naptári hónap utolsó napján 24 órakor, **a Biztosító vagy a Bank külön ezirányú felszólítása, illetve teljesítési póthatáridő tűzése nélkül is;**
- f) a jelen Feltétel 1. 12) pontban meghatározott Díjfizetési számla megszűnése esetén, a díjjal rendezett biztosítási időszak végén 24 órakor, figyelemmel a jelen Feltétel 4. (A biztosítás díja) pontjában foglaltakra;
- g) abban az esetben, ha az adott Biztosított vonatkozásában Díjfizetési számla tulajdonosa **visszavonja azt a hozzájárulását**, mely alapján az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási szolgáltatási díjat a Bank a Díjfizetési számlán érvényesíteni tudja, figyelemmel jelen Feltétel 4. (A biztosítás díja) pontjában foglaltakra.

3) **Biztosító kockázatviselésének megszűnése keresőképtelenség és munkanélküliségi kockázatok vonatkozásában:**

A Biztosító kockázatviselése keresőképtelenség és munkanélküliség kockázatok vonatkozásában az adott Biztosítottra megszűnik annak a naptári évnek a végén, amikor a Biztosított a 65. életévét betöltötte.

4) **A Biztosított nyilatkozat visszavonása (felmondási jog)**

- a) A Biztosított a Távértékesítés keretén belül tett Biztosított nyilatkozat útján létrejött biztosított jogviszonyt a Biztosított nyilatkozat megtételét követően, a jogviszony létrejöttére vonatkozó visszaigazolás kézhezvételét követő 30 napon belül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával indokolás nélkül írásban, azonnali hatállyal felmondhatja. A jelen Feltételek 2.4. pont 1.) bekezdésben írt esetben a felmondó nyilatkozat Bank általi átvételéig a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási kockázatot vállalja. Amennyiben ezen időszak alatt az adott Biztosított vonatkozásában biztosítási esemény nem történt, úgy a Biztosított által már megfizetésre került biztosítási szolgáltatási díjat a Biztosított részére a Bank visszatéríti.
- b) A Biztosított a nem Távértékesítés keretében tett (papír alapú) Biztosított nyilatkozattal létrejött biztosított jogviszonyát a biztosított jogviszony kezdetét (jelen Feltételek 2.4. pont 1.) követő 30 napon belül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával indokolás nélkül írásban, azonnali hatállyal felmondhatja. A felmondó nyilatkozat Bank általi átvételéig a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási kockázatot vállalja. Amennyiben ezen időszak alatt az adott Biztosított vonatkozásában biztosítási esemény nem történt, úgy a Biztosított

által már megfizetésre került biztosítási szolgáltatási díjat a Biztosított részére a Bank visszatéríti.

- c) A Biztosított a jelen szakasz a) és b) pontjában rögzítettekén túlmenően is jogosult a biztosítás hatályának rá történő kiterjesztésére vonatkozó Biztosítotti nyilatkozatát írásban, indokolási kötelezettség nélkül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával visszavonni (továbbiakban: felmondás). A Biztosított a felmondást tartalmazó nyilatkozatát bármikor megteheti. Ilyen esetben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a felmondást tartalmazó nyilatkozat Bankhoz való beérkezés szerinti hónapjának utolsó napján 24:00 órakor, a díjjal rendezett biztosítási időszak végén megszűnik azzal, hogy a megszűnés időpontjáig a Biztosítottra áthárított biztosítási szolgáltatási díj a Biztosítót megilleti.

A biztosítotti jogviszony felmondása (megszűnése) a Bankkal megkötött **Banki szerződést** nem érinti.

A Biztosító és a Szerződő közötti csoportos biztosítási szerződés értelmében a Bank és a Biztosított között létrejött Banki szerződés megszűnése nem eredményezi az adott Biztosított biztosítotti jogviszonyának megszűnését mindaddig, amíg az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat a Szerződő a Biztosító részére megfizeti, és a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozó áthárított biztosítási szolgáltatási díjat a Díjfizetési számlán érvényesíteni tudja.

2.6. A kockázatviselés tartama

A biztosítotti jogviszony határozatlan időre jön létre, azzal, hogy a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének tartama – egyéb megszűnési ok hiányában– ahhoz a jelen Feltétel 1. 12) pontban foglalt Díjfizetési számla szerződésnek a tartamához igazodik, amelyre az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási szolgáltatási díj terhelése történik.

2.7. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

3. A Szerződő és a Biztosított közlési- és változásbejelentési kötelezettsége és a Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége, új lényeges körülmények felmerülése, valamint a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén

- 1) A Szerződő és a Biztosított kötelesek a közlési- és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.
- 2) A közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított a Biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a biztosítotti jogviszony létrejöttékor, és 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 papír alapú nyilatkozatával (vagy rögzített telefonhívás keretében) közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségüknek eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 3) A Szerződő és a Biztosított kötelesek a Biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a Biztosítási szerződésben, illetve a biztosítotti nyilatkozaton közölt, illetve a Biztosítási 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 az e-mail címe.
A Biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni.
- 4) A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a

biztosítotti jogviszony létesítésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

- 5) Ha a Biztosító a Biztosítási szerződés megkötése, illetve a biztosítotti jogviszony létesítése után szerez tudomást a Biztosítási szerződést, vagy valamely biztosítotti jogviszonyt érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, akkor az adott Biztosított(ak) vonatkozásában kockázatelbírálást végezhet, és ennek eredményeként a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a Biztosítási szerződés (biztosítotti jogviszony) módosítására, vagy a Biztosítási szerződést – annak az adott Biztosítottat érintő részét – 30 napra írásban felmondhatja.
- 6) Jelentős kockázatonövekedésnek minősül különösen, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a Biztosítási szerződésre vonatkozóan kizárást vagy elutasítást alkalmazna. Ha a Biztosító e jogával nem él, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) az eredeti tartalommal marad hatályban.
- 7) Ha a Szerződő/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nyilatkozik arról, hogy a módosító javaslatot nem fogadja el, a Biztosítási szerződés, vagy a Biztosítási szerződésnek az adott Biztosítottra vonatkozó része (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.
- 8) **Ha a Szerződő/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.**

4. A biztosítás díja

- 1) A Biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjat a Bank fizeti meg a Biztosító részére, havonta, magyar forintban (HUF). A Bank az adott Biztosítottakra vonatkozó esedékes biztosítási díjat havonta áthárítja szolgáltatási díjként az érintett Biztosítottakra.
- 2) A Bank az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási szolgáltatási díjat a **Díjfizetési számla tulajdonosának hozzájárulása alapján az annak terhelésének helyéül megjelölt Díjfizetési számláról vonja le.**
- 3) A biztosítási szolgáltatási díj az adott Biztosított vonatkozásában a jelen Feltételek 1. 10) pontjában foglaltak alapján minden hónap 10-én válik esedékessé. A biztosítási szolgáltatási díj a jelen Feltételek 1. 10) pont alapján a díj fizetés esedékessége szerinti naptári hónapra vonatkozik, mint biztosítási időszakra.
- 4) Az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási díj a Terméktájékoztató elnevezésű dokumentumban meghatározott havi biztosítási díj.
- 5) A biztosítási szolgáltatási **díj terhelésének helyéül megjelölt adott Díjfizetési számlán** a Bank a biztosítási szolgáltatási díjat azon Biztosítottak számának figyelembevételével terheli, akik vonatkozásában a Díjfizetési számla tulajdonosa a biztosítási szolgáltatási díj terhelésére vonatkozó hozzájárulását megadta.
- 6) Az áthárított biztosítási szolgáltatási díj megfizetése oly módon történik, hogy a Bank havonta a díjfizetés esedékességének napján, illetve a jelen Feltételek 4. (A biztosítási díj) pont 2.) bekezdésének megfelelően megterheli a biztosítási szolgáltatási díj megfizetésének helyéül megadott Díjfizetési számlát az áthárított havi biztosítási szolgáltatási díj összegével.
- 7) A biztosítás folyamatos díjú, a díjfizetés havonta történik.

8) Amennyiben az adott Biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselés megszűnése a biztosítási időszakon belülre esik, a Biztosító jogosult az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díjra a kockázatviselés megszűnésével érintett biztosítási időszak végéig.

5. A Biztosító teljesítésének feltételei

5.1. A biztosítási esemény

- a) halál;
- b) baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás;
- c) keresőképtelenség (60 napot meghaladó);
- d) munkanélküliség (60 napot meghaladó);
- e) baleseti eredetű kórházi térítés (5 napot meghaladó kórházi tartózkodás).

5.2 A biztosítási események bekövetkezésének időpontja

- a) Halál esetén:
A Biztosított bármely okú halála esetén a halál időpontja.
- b) Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás esetén:
A Biztosított Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodása esetén a baleset időpontja.
- c) Keresőképtelenség esetén:
A Biztosított 60 napon túli, folyamatos keresőképtelensége esetén az igazolt keresőképtelen állomány 1. napja.
- d) Munkanélküliség esetén:
A Biztosított 60 napot meghaladóan regisztrált álláskeresőként nyilvántartott munkanélkülisége esetén az álláskeresési járadékra való jogosultság megszerzésének napja.
- e) Baleseti eredetű kórházi térítés esetén:
A Biztosított baleseti eredetű kórházi ápolása esetén a baleset időpontja.

5.3 A biztosítási események meghatározása

- a) Halál:
A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés időtartama alatt bekövetkező halála.
- b) Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás esetén:
Biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés időtartama alatt bekövetkező, a **kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan** balesete, melynek következtében a Biztosított legalább 50%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodást szenved. Egészségkárosodás az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a Biztosított szokásos életvitelét korlátozza. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosító orvosának szakvéleménye alapján a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

A Biztosított maradandó egészségkárosodásának fokát a biztosító orvosa az alábbi táblázat alapján határozza meg:

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka %
egy kar vállízülettől 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 kézujj 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, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezése 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 bekövetkezése előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízlésképtelenség teljes elvesztése	5%

Ha az egészségkárosodás foka a fenti táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a Biztosító orvosa aszerint állapítja meg, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A Biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti, így a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a szolgáltatás mértékének megállapításánál.

A fenti biztosítási eseménynek tekintendő a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetből eredő olyan folyamatosan változó mértékű egészségkárosodása is, amelynek foka a Biztosító orvosának véleménye szerint várhatóan eléri az 50%-os mértéket.

Amennyiben a Biztosító orvosának véleménye alapján a maradandó egészségkárosodás a szolgáltatási igény elbírálásának időpontjában (Biztosító orvosának szakvéleménye keltekor) nem állapítható meg (az állapot még nem tekinthető orvosilag kialakultnak, stabilnak), vagy annak mértéke nem éri el az 50%-os mértéket, a Biztosítottnak joga van biztosítási eseményenként, a Biztosító kockázatviselésének rá vonatkozó tartama alatt, a bejelentett baleset napjától számított 2 évig, évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás orvosi megállapítását kérni, feltéve, hogy a Biztosított baleset miatti egészségkárosodásának mértéke a Biztosító orvosának véleményadása óta változott.

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésekor a már meglévő sérülés, egészségkárosodás közrehatott az 50%-ot elérő mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás kialakulásában, a Biztosító a maradandó egészségkárosodás fokát a meglévő egészségkárosodás mértékével csökkenti.

Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

c) Keresőképtelenség:

Biztosítási esemény az a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli váratlan baleset vagy betegség, melynek következtében a Biztosított a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan saját jogon, 60 napon túl folyamatosan azonos diagnózis alapján keresőképtelen állományban van, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.

d) Munkanélküliség:

Jelen Feltétel szerint munkanélküliség az adott Biztosítottnak a Várakozási idő elteltét követően, a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező munkanélkülivé válása a munkáltató által gyakorolt felmondás vagy a munkavállaló által gyakorolt azonnali hatályú felmondás útján, és ezzel összefüggésben álláskeresői járadékra való jogosultságszerzése, valamint 60 napon túli nyilvántartása regisztrált álláskeresőként.

e) Baleseti eredetű kórházi térítés:

A kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan baleset, melynek következtében a biztosított a kockázatviselés tartama alatt azonos diagnózis miatt 5 napot meghaladó tartamú folyamatos kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, ha az orvosilag szükséges.

Jelen biztosítás szempontjából **kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a Biztosított, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a Biztosított 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 szempontjából a kórházi ellátás első napja a kórházi felvétel napja, a kórházi ellátás utolsó napja a kórházból történő elbocsátás napja.

5.4 A Biztosító szolgáltatása

Biztosítási esemény	Biztosító szolgáltatása a (folyamatos) kockázatviselés kezdetének dátumához viszonyítva		
	kockázatviselés kezdetétől számított 3 éven belül / 3-ik év utolsó napján 24 óráig bekövetkező biztosítási esemény esetén	kockázatviselés kezdetét követően 3 évet meghaladóan, azonban 6 éven belül, vagy a 6-ik év utolsó napján 24 óráig bekövetkező biztosítási esemény esetén	kockázatviselés kezdetéhez viszonyítva 6-ik év utolsó napjának 24. óráját követően bekövetkező biztosítási esemény esetén
a) halál; b) baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás	10.000.000 Ft	7.500.000 Ft	5.000.000 Ft
c) keresőképtelenség (60 napot meghaladó); d) munkanélküliség (60 napot meghaladó);	50.000 Ft/hó eseményenként legfeljebb 8 alkalommal, összesen legfeljebb 24 havi biztosítási összeg	50.000 Ft/hó eseményenként legfeljebb 8 alkalommal, összesen legfeljebb 24 havi biztosítási összeg	50.000 Ft/hó eseményenként legfeljebb 8 alkalommal, összesen legfeljebb 24 havi biztosítási összeg
e) baleseti eredetű kórházi térítés (5 napot meghaladó kórházi tartózkodás).	150.000 Ft eseményenként legfeljebb 2 alkalommal	150.000 Ft eseményenként legfeljebb 2 alkalommal	150.000 Ft eseményenként legfeljebb 2 alkalommal

1) A kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett Halál, Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás esetén:

a) amennyiben a biztosítási esemény a Banki szerződéshez igényelt biztosítás kockázatviselésének kezdetéhez (jelen Feltételek 2.4 pont) viszonyítva 3 éven belül, vagy a 3-ik év utolsó napján 24 óráig következik be, akkor a Biztosítási összeg 10.000.000 Ft, melyet a Biztosító a Kedvezményezett részére szolgáltat

b) amennyiben a biztosítási esemény a Banki szerződéshez igényelt biztosítás kockázatviselésének kezdetéhez (jelen Feltételek 2.4 pont) viszonyítva 3 évet

megaladóan, azonban 6 éven belül, vagy a 6-ik év utolsó napján 24 óráig következik be, akkor a Biztosítási összeg 7.500.000 Ft, melyet a Biztosító a Kedvezményezett részére szolgáltat

- c) mennyiben a biztosítási esemény a Banki szerződéshez igényelt biztosítás kockázatviselésének kezdetéhez (jelen Feltételek 2.4 pont) viszonyítva 6-ik év utolsó napjának 24. óráját követően, következik be, akkor a Biztosítási összeg 5.000.000 Ft, melyet a Biztosító a Kedvezményezett részére szolgáltat.

2) A kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett és a kockázatviselés tartama alatt fennálló keresőképtelenség, és munkanélküliség esetén:

A Biztosított keresőképtelensége vagy munkanélkülisége esetén a Biztosító a kockázatviselés tartama alatt, az önrész leteltét követően, a jelen Feltételek szerint a folyamatos keresőképtelenség, vagy a folyamatos munkanélküliség időtartamára vállalja a **Havi biztosítási összeget**, azaz 50.000 Ft/hó teljesítését.

A Biztosított folyamatos keresőképtelensége vagy folyamatos munkanélkülisége esetén a Biztosító harminc naponként – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított 60., 90., 120., stb. napja után az adott biztosítási időszakra vonatkozóan – a **Havi biztosítási összeget** teljesít a Kedvezményezett részére a kockázatviselés tartama alatt mindaddig, amíg a Biztosított folyamatos keresőképtelensége vagy folyamatos munkanélkülisége fennáll, tekintettel a jelen Feltételek 5.5 (Korlátozások) pontjában foglaltakra.

A Biztosító kockázatviselése a Biztosított munkanélkülivé válása tekintetében 90 nap Várakozási idő eltelte után kezdődik.

3) A kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett Baleseti kórházi térítés esetén:

A Biztosított balesetből eredő, azonos diagnózis miatt folyamatos, 5 napot meghaladó kórházi ápolása esetén 150.000 Ft biztosítási összeget szolgáltat a Kedvezményezett részére, tekintettel a jelen Feltételek 5.5 (Korlátozások) pontjában foglaltakra.

5.5 A szolgáltatás korlátozása

A Biztosított keresőképtelenségének, és munkanélküliségének első 60 napjára a Biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész). A Biztosító első szolgáltatása a Biztosított keresőképtelenségének, valamint munkanélküliségének 60. napját követően válik esedékessé.

A Biztosító a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező több keresőképtelenségi/munkanélküliségi biztosítási eseményre vonatkozóan is kötelezettséget vállal a Havi biztosítási összeg teljesítésére. Az ismételten bekövetkező biztosítási eseményt új biztosítási eseményként kell elbírálni.

A Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért keresőképtelenségi és munkanélküliségi biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosító biztosítási eseményenként legfeljebb 8, ugyanazon biztosítási kockázatból eredő több biztosítási eseményre összesen kockázatonként legfeljebb 24 Havi biztosítási összeget fizet meg a kedvezményezett részére.

A Biztosított a Biztosítási szerződés alapján nem jogosult keresőképtelenségi szolgáltatásra, amennyiben a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény alapján a keresőképtelenségre vonatkozó biztosítási esemény időpontjában saját jogon nem jogosult táppénzre.

A Várakozási idő alatt bekövetkezett munkanélküliségi biztosítási eseményekkel kapcsolatban a Biztosító nem teljesít szolgáltatást sem a Várakozási idő alatt, sem azt követően.

A Biztosított nem jogosult munkanélküliségi szolgáltatásra, amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően nem állt legalább 90 napig folyamatosan

(megszakítás nélkül) ugyanazon munkáltatónál legalább heti 30 órát elérő Munkaviszonyban.

A Biztosító a munkanélküliségi biztosítási esemény bekövetkezése ellenére, a Biztosított munkanélküliségének alábbi időtartamára nem teljesít szolgáltatást:

- a) az álláskereső terhességi gyermekágyi segélyre, gyermekgondozási díjra, illetőleg gyermekgondozási segélyre való jogosultságának időtartama alatt,
- b) az álláskereső előzetes letartóztatásban van, vagy szabadságvesztés, illetve elzárás büntetését tölti, kivéve, ha a szabadságvesztés büntetést pénzbüntetés átváltoztatása miatt állapították meg.

A kockázatviselés tartama alatt ismételten bekövetkező keresőképtelenség és munkanélküliségibiztosítási esemény(ek) vonatkozásában az ismételt szolgáltatási igény teljesítésének további feltétele, hogy a két biztosítási esemény között legalább 365 nap teljen el. Adott biztosítási időszakra vonatkozó Havi biztosítási összeget kizárólag egy biztosítási esemény vonatkozásában teljesít a Biztosító jogos kárigény esetén.

Baleseti kórházi térítés esetén a Biztosított kórházban töltött első 5 napjára a Biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész). A Biztosító szolgáltatása a Biztosított kórházban töltött 6-ik napjától válik esedékessé.

A kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleseti kórházi térítés biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosító biztosítási eseményenként 150.000 Ft-ot téríti egyösszegben. A Biztosító a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező több baleseti kórházi térítés biztosítási eseményre összesen legfeljebb 2 alkalommal nyújt szolgáltatást a Kedvezményezett részére. Az ismételten bekövetkező biztosítási eseményt új biztosítási eseményként kell elbírálni.

A halál, baleseti eredetű 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás biztosítási eseményekre vonatkozóan a Biztosító legfeljebb 10.000.000,- magyar forint (HUF) összegű szolgáltatást fizet.

Egy adott Biztosítottnak ugyanabban az időpontban legfeljebb egy biztosítási jogviszonya lehet Banki szerződéshez kapcsolódóan.

Ha a Biztosított saját jogú nyugellátási jogosultságot szerez, akkor a Biztosító munkanélküliség kockázat vonatkozásában szolgáltatást nem teljesít.

5.6. A biztosítási esemény és a szolgáltatási igény bejelentésének határideje

- 1) A biztosítási eseményt és a szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkezésétől, illetve az arról való tudomásszerzéstől számított **15 napon belül** (keresőképtelenség, illetve munkanélküliség esetén **75 napon belül**) írásban kell bejelenteni a **Biztosítónál**. A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges felvilágosításokat közvetlenül a Biztosítónak kell megadni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
- 2) Amennyiben a jelen pont 1) bekezdésében foglaltakat a Biztosított, illetve a szolgáltatási igény érvényesítője nem tartja be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetatlenné válnak, úgy a Biztosító mentesülhet a szolgáltatási kötelezettsége alól.

5.7 A Biztosító teljesítésének ideje

- 1) A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti vagy elutasítja.
- 2) A Biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és döntéséről a Biztosítottat, illetve a szolgáltatási igény érvényesítőjét tájékoztatni.
- 3) Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére nem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

5.8 A teljesítéshez szükséges dokumentumok

A biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összességüként megállapításához szükséges:

- 1) biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
- 2) továbbá a következő iratok másolatát:
 - a) halál esetén
 - a halottvizsgálati bizonyítvány;
 - a Biztosított halotti anyakönyvi kivonata;
 - a halotti epikrízis;
 - boncolási jegyzőkönyv, ha ilyen készült;
 - a Biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok (kezelőorvosi igazolás, zárójelentések, ambuláns lapok).
 - b) baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás esetén:
 - a Biztosított állapotleírását tartalmazó Kezelőorvosi állapotleírás című nyomtatvány.
 - c) keresőképtelenség esetén:
 - a legalább 61 napról szóló, továbbá folyamatos keresőképtelenségi szolgáltatási igény esetén 30 naponként a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos magyar jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről”, azaz ”táppénzes lapok”); ennek hiányában a társadalombiztosítási kifizetőhely igazolása a keresőképtelenség (keresőképtelen állományban lét) tartamáról.
 - ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül;
 - járóbeteg ellátás esetén: ambuláns lapok;
 - folyamatos keresőképtelenség esetén 30 naponként a Biztosított egészségi állapotot leíró új kezelőorvosi dokumentumok;
 - a terhesség megszakítását engedélyező állami szerv hivatalos, a terhesség megszakítását engedélyező határozata (engedélye),
 - a terhesség megszakításának orvosi dokumentuma.
 - d) munkanélküliség esetén:
 - a területileg illetékes munkaügyi központ határozata az álláskeresési járadékra való jogosultság megszerzéséről, beleértve az Álláskeresési járadékalap-számítás mellékletet is;
 - a területileg illetékes munkaügyi központ által havonta kiállított hatósági bizonyítvány a munkanélküliség folyamatosságáról;
 - a területileg illetékes munkaügyi központ határozata az álláskeresési járadék folyósításáról, esetleges felfüggesztésének okáról és tartamáról;
 - a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány;
 - a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás, felmentés vagy közös megegyezés);
 - a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés;
 - ismételt munkanélküliségi biztosítási esemény bejelentése esetén a korábbi és az újabb biztosítási esemény közötti, a Biztosított munkavégzésre irányuló jogviszonya fennállását igazoló munkáltatói igazolást.
 - e) baleseti kórházi térítés esetén:
 - kórházi zárójelentést.
 - f) továbbá balesettel kapcsolatos biztosítási eseménnyel összefüggésben:

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatban, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum, de különösen az első orvosi ellátás dokumentumai,
 - a baleseti jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült,
 - közlekedési baleset esetén az előzőeken felül:
 - rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben jármű vezetőjeként sérült meg, a vezetői engedélye és a jármű forgalmi engedélye,
 - a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok.
- g) A Keresőképtelenség és Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás, Baleseti kórházi térítés esetén 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.
- h) A Keresőképtelenség és Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás, Baleseti kórházi térítés esetén 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.
- i) A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **jogosult bekérni** azon az alábbi dokumentumok másolatát is, amelyek a szolgáltatási igény jogalapjának fennállását bizonyítják és/vagy az igény összegszerűségének megállapításához szükségesek.
- **kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatait** a biztosítási esemény háttérben álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismertének pontos időpontjával;
 - külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratnak, valamint bármilyen szolgáltatási igény tárgyában a Biztosító teljesítéséhez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített **magyar nyelvű hiteles fordítása**,
 - amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratok, továbbá az eljárást befejező határozat (így különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban, és a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll;
 - a biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a Biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, rendőrség, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv, határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények);
 - a Biztosító által rendelkezésre bocsátott és a Biztosított kezelőorvosa/az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a Biztosított egészségi állapotáról, illetve a Biztosított kórelőzményi adatairól;
 - a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
 - betegség miatt bekövetkező biztosítási esemény vonatkozásában a betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok (kezelőorvosi nyilatkozat, zárójelentés, stb.);

- a társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- hitelt érdemlő igazolás a Biztosítottnak a Biztosítotti nyilatkozat megtételének időpontjában fennálló 1. pont 19) bekezdés szerinti munkaviszonyáról, illetve annak feltételeiről a Biztosítotti nyilatkozat megtételétől számított legfeljebb 3 hónapra visszamenőlegesen.
- a Biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos bizonyítvány (születési anyakönyvi kivonat, személyi igazolvány, útlevel, vezetői engedély);

A Biztosító kérheti a fenti 5.8. pontban felsorolt dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely a Biztosított, illetve a szolgáltatási igény érvényesítője által megválasztott adathordozón történő benyújtását.

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához - a szolgáltatási igény Biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján - egyéb iratokat is beszerezhet, melyről a Biztosítottat, illetve a szolgáltatási igény érvényesítőjét tájékoztatja.

Az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit a biztosított az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál ismerheti meg.

6. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatkezelésből kizárt események

6.1 A Biztosító mentesülése

1) Ha a Biztosított a jelen Feltételek 3. pontjában szabályozott közlési- és változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:

- a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítotti jogviszony kezdetekor ismerte;
- b) a Biztosított a közlési és változásbejelentési kötelezettségét megsértette, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítotti jogviszony fennállása alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen Feltételek 3. pontjában szabályozott szerződésmódosítási, illetve szerződésmegszüntetési lehetőségével;
- c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

2) A Biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha

- a) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal ok-okozati összefüggésben vesztette életét;
- b) a biztosítási esemény ok-okozati összefüggésben áll a Biztosított két éven belül bekövetkező öngyilkosságával, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be. A két évet az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya létrejöttének időpontjától kell számítani.
- c) a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

3) A Biztosító a haláleseti szolgáltatás kivételével mentesül a kockázatviselés alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.

4) 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 őt 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.

5) Azt, hogy a fenti körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

6.2 A kockázatviselésből kizárt események

1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:

- a) kóros elmeállapot;
- b) ionizáló sugárzás;
- c) nukleáris energia;
- d) HIV-fertőzés;
- e) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskíséret, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határviellongások, felkelés.

Jelen Feltételek 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 vagy arra alkalmas.

2) A Biztosító kockázatviselése a jelen Feltételek 6.2. pont (1) bekezdés e) alpontjában 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.

3) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az eseményre, amelynek oka egészben vagy részben:

- a) a Biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, illetve veleszületett rendellenességre, szerzett fogyatékosága, amely a Biztosító rá vonatkozó 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;
- b) a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

Jelen bekezdés vonatkozásában veleszületett rendellenességnek, illetve szerzett fogyatékoságnak minősül a testi és/vagy a szellemi épség bármely fokú hiánya.

4) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:

- a) a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre;
- b) a Biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülésekre, akkor is, ha azt a Biztosított zavart tudatállapotában követte el.

5) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha

- a) 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.
- 6) A Biztosító kockázatviselése keresőképtelenség kockázat vonatkozásában nem terjed ki
- a) a terhességre és a szülésre, ha a fogamzás a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselését megelőzően történt. A Biztosító úgy tekinti, hogy a fogamzás a kockázatviselést megelőzően történt, ha a Biztosító kockázatviselése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap szerepel.
 - b) a művi terhesség-megszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, magzatnál fennálló egészségi ok miatt bekövetkező terhesség megszakítás eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit;
 - c) azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben: mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája); kizárólag a meddőség megszüntetése miatti eseményekre; sterilizáció; nemi jelleg megváltoztatása; esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei; fogpótlás;
- Amennyiben a Biztosítottnál a fenti a), b), c) alpontokban felsorolt események következményeként életmentő beavatkozás szükséges, akkor a Biztosító kockázatviselése az orvosi beavatkozást igénylő állapot miatti eseményekre kiterjed.
- d) azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - d1) 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,
 - d2) olyan keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat miatti keresőképtelenség, a szülőnek, nevelőszülőnek, helyettes szülőnek a gyermeke ápolásával összefüggő keresőképtelensége; a Biztosítottnak a szülője ápolása;
 - d3) krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket;
 - d4) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
 - e) az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez;
 - f) hátfájás vagy ahhoz kapcsolódó panasz miatti keresőképtelenségre, ha patológiai elváltozásra nincs radiológiai bizonyíték.
- 7) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított jelen bekezdésben meghatározott sporttevékenységével.
- a. Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, quad, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
 - b. Repülősportok: paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés.

- c. **Egyéb sportok:** búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bázisugrás, bungee jumping (mélybe ugrás).

8) A munkanélküliség vonatkozásában a kockázatviselés nem terjed ki továbbá

- a. az önkéntes munkanélküliségre (lemondás, felmondás, nyugdíjba vonulás, előnyugdíjba vonulás) – ide nem értve a Biztosított azonnali hatályú felmondását;
- b. a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően bejelentett elbocsátásra, felmondására, illetve kezdeményezett munkaviszony megszüntetésre;
- c. próbaidőszak és/vagy betanítási időszak alatti munkaviszony megszűnésére;
- d. ideiglenesen vagy szezonális jelleggel foglalkoztatott Biztosítottak munkaviszonyának megszűnésére;
- e. a második, vagy további munkavégzésre irányuló jogviszony bármely okból eredő megszűnésére, abban az esetben, ha a Biztosított továbbra is munkaviszonyban áll;
- f. a munkáltató azonnali hatályú felmondására;
- g. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha munkáltatói jogkörének gyakorlója saját maga, vagy az ő Hozzá tartozója;
- h. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha Vállalatirányítási befolyással rendelkező személynek minősül;
- i. határozott idejű munkaviszony munkáltató általi rendes felmondással, illetve közös megegyezéssel történő megszűnésére, ha a munkaviszony megszűnése a határozott idejű szerződés lejáratától előtti 6 hónapban következik be;
- j. az olyan munkanélküliségre, amely a Biztosított határozott idejű munkaszerződésének lejáratából ered;
- k. az olyan munkanélküliségre, amely munkaerő kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyból ered;
- l. közös megegyezéssel történő munkaviszony megszűnésére;
- m. olyan természetes személyekre, akik az álláskeresőként való regisztrációt megelőző 3 hónapban önfoglalkoztatottként, egyéni vállalkozóként, mezőgazdasági őstermelőként főfoglalkozásban folytattak keresőtevékenységet, ide nem értve a munkaviszony fennállása mellett folytatott kiegészítő keresőtevékenységet.

9. A panaszok bejelentése – panasz fórum

A Biztosítási szerződéssel és az adott Biztosítottak biztosítotti jogviszonyával kapcsolatban felmerült panaszokat „A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértájköztatója és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” elnevezésű dokumentumban rögzítettek szerint a Biztosítónál lehet bejelenteni.

10. Egyéb rendelkezések

10.1. Irányadó jog és jogvita esetén alkalmazandó eljárás

- 1) A Biztosító a Szerződő és a Biztosítottak jogviszonyára a magyar jog rendelkezései, a jelen Feltételek, „A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértájköztatója és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” elnevezésű dokumentum, az ezekben nem szabályozott kérdésekben pedig a Polgári Törvénykönyv, valamint a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény rendelkezései irányadók.
- 2) A Biztosító a Szerződő és a Biztosított kapcsolattartása, valamint a Szerződő és a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

11. Elévülés

A Biztosítási szerződés, illetőleg a biztosítotti jogviszony alapján érvényesíthető igények elévülési ideje két év.

12. Jelen Feltételek Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései

12.1 A Biztosított belépése a Biztosítási szerződésbe

A Ptk. 6:442.§ (3) bekezdése alapján a Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet.

12.2. A Biztosítási szerződés létrejötte, módosítása és megszűnése

a) Jelen Feltételek 2.2. pont 1) bekezdése értelmében – eltérően a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől – a Biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.

b) Jelen Feltételek 2.2. pont 2) bekezdése alapján – eltérően a Ptk. 6:475. §-tól – a Biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.

c) Jelen Feltételek 2.3 pont 4) bekezdése alapján – eltérően a Ptk. 6:476.§-tól – adott Biztosítottnak a jelen Feltételek szerint kizárólag egy biztosítotti jogviszonya jöhet létre, a jelen Feltételek szerinti biztosítás nem halmozható.

d) Jelen Feltételek 2.5. pont 4) bekezdése alapján – eltérően a Ptk. 6:483. § szakaszától és a Ptk. 6:490. § szakaszától – a Biztosító a Biztosítási szerződést rendes felmondással megszüntetheti.

12.3. A biztosítotti jogviszony kezdete (a Biztosítási szerződés hatályának kiterjesztése)

Jelen Feltételek 2.2. pontja és 2.4. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:444.§-ában foglalt, a fogyasztói biztosítási szerződésekre irányadó szabályoktól – a biztosítotti jogviszony a Biztosító ráutaló magatartásával (hallgatólagosan) nem jön létre.

12.4. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

Jelen Feltételek 3. pont alapján – eltérően a Ptk. 6:446.§ (3) bekezdésétől és a 6:482. § (1) és (2) bekezdésétől – a Biztosító a közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait a Biztosítási szerződés tartama alatt korlátlanul gyakorolhatja.

Jelen Feltételek 3. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:446.§ (2) bekezdésétől - ha a Szerződő/Biztosított a Biztosító módosító javaslatára annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtevételekor a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.

12.5. A kockázatviselés kezdete és megszűnése

Jelen Feltételek 2.5. 2) pont e) alpontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:449.§ (1) bekezdésétől a Bankszámlaszerződés mellé igényelt csoportos számlabiztosítás esetén a Biztosított számlatulajdonosra, Hitelkártyaszerződés mellé igényelt csoportos számlabiztosítás esetén a Biztosított Főkétyabirtokosra, Kölcsönszerződés mellé igényelt csoportos számlabiztosítás esetén a Biztosított Adósra vagy Adóstársra, illetve Hitelszerződés mellé igényelt csoportos számlabiztosítás esetén a Biztosított Adósra, illetve Adóstársra vonatkozó áthárított biztosítási szolgáltatási díj terhelésének helyéül megjelölt Díjfizetési számla tulajdonosa általi megfizetésének elmaradása esetén az elmaradt biztosítási szolgáltatási díj esedékessége szerinti naptári hónapot követő második naptári hónap utolsó napján 24 órákor, a Biztosító vagy a Bank külön ezirányú felszólítása, illetve teljesítési póthatáridő tűzése nélkül is.

12.6. Elévülési idő

A jelen Feltételek 11. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. A Biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el.