Hatályos: 2026.09.14.

Az „Erste Védelem Balesetbiztosítás” csoportos balesetbiztosítás szerződés feltételei

Jelen biztosítási feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban együttesen: Biztosító) és az Erste Bank Hungary Zrt. között 2026. szeptember 14. napján létrejött „Erste Védelem Balesetbiztosítás” csoportos balesetbiztosítás szerződésre (a továbbiakban: Csoportos Biztosítás) érvényesek (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek).

A jelen Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.
Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítotti jogviszonyokban nem irányadóak, további alkalmazásukat a szerződő felek kizárják.
A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei, továbbá a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben foglaltaktól és/vagy az általános szerződéskötési gyakorlattól eltérő feltételek vastag betűkkel szedettek.

Általános Biztosítási Feltételek

1.§ Meghatározások

1.1. **Bank/Szerződő:** az Erste Bank Hungary Zrt., amely a Biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést szerződő félként megköti, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, és a biztosítási díjat megfizeti. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a Biztosítotti nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján - a Bank áthárítja a Biztosítottra (közvetített biztosítási díj).

1.2. **Biztosító:** az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott események bekövetkezésekor az ott meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

1.3. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön.

1.3.1. A biztosító kockázatviselése megszűnik azon naptári év december 31-én, amelyik évben a biztosított eléri a 80. életévét.

1.3.2. A minimális belépési életkor feltételnek történő megfelelését a biztosító a következőképpen számítja: csatlakozás dátuma (év.hónap.nap) mínusz születési dátum (év.hónap.nap).

1.3.3. Biztosítottra vonatkozó további feltételek:

Egyéni csomag esetén: az a természetes személy, aki (i) a Bankkal forint fizetési számlaszerződéssel rendelkezik vagy a Bank által kibocsátott forint főhitelkártyához kapcsolódó hitelszámla tulajdonosa, (ii) fizetési számlája illetőleg a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozás alapjául szolgáló hitelszámlája mindenféle korlátozástól mentes, és afelett szabadon rendelkezik, (**iii) a 18. életévét már betöltötte de még nem múlt el 75 éves,** (iv) a csoportos biztosítási szerződéshez az általa tett Biztosítotti nyilatkozattal biztosítotti minőségben csatlakozott és (v) akit e csatlakozásra való tekintettel a Bank a Biztosítónak Biztosítottként lejelent és rá vonatkozóan a Biztosított által választott biztosítási csomag szerinti havi biztosítási díjakat megfizeti (**Főbiztosított**).

Családi csomag esetén: a fenti 1.3. pont szerinti természetes személy, mint Főbiztosított, mellett biztosítottnak (**Egyéb Biztosított**) minősül még a Főbiztosított **(ii) legalább 18 de legfeljebb 80 éves házastársa, bejegyzett élettársa, illetve élettársa, valamint (iii) legalább 12 hónapos, de legfeljebb 18 éves életkorú gyermeke(i),** akik fölött akár külön-külön vagy együttesen törvényes képviseletet gyakorolnak. Az Egyéb Biztosítottá válásnak nem feltétele, hogy a fentiek szerinti családi kapcsolat a Főbiztosítottal a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásának időpontjában már fennálljon. Az Egyéb Biztosított, élettársra vonatkozó szolgáltatások teljesítésének feltétele, hogy az Egyéb Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az Egyéb Biztosított a Főbiztosítottal közös lakcímmel rendelkezzen.

1.4. **Fizető számla:** az 1.3. pont szerinti Főbiztosítottnak (i) a Bankkal fennálló azon forint fizetési számlaszerződése illetve (ii) a Bank által kibocsátott azon forint főhitelkártyájához kapcsolódó hitelszámlája, amelyre való tekintettel a Főbiztosított a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik.

1.5. **Biztosítási esemény**: a biztosító által a különös feltételekben biztosítási eseményként meghatározott esemény, amelynek bekövetkezése esetén a biztosító a feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja.

1.6. **Kedvezményezett**: a szolgáltatások igénybevételére jogosult természetes személy és társadalmi- vagy gazdálkodó szervezet.

1.6.1. A szolgáltatásra az érintett Biztosított jogosult, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé.

1.6.2. A baleseti haláleseti kedvezményezett

1.6.2.1. A Főbiztosított esetében a Bankhoz címzett és a Banknak **a biztosítási esemény bekövetkeztéig** eljuttatott, a Főbiztosított által tett **írásbeli nyilatkozattal** jelölhető ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölés visszavonható vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezett nevezhető meg. Amennyiben kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) **a Főbiztosított örökösét/örököseit illeti(k) meg fejenként egyenlő arányban.**

1.6.2.2. Egyéb Biztosított esetében kedvezményezett jelölésére nincs lehetőség, **a haláleseti szolgáltatási összeg az Egyéb Biztosított örökösét/örököseit illeti(k) meg fejenként egyenlő arányban**.

1.6.3. Kedvezményezett kijelöléskor több Kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni a jogosultságuk arányát. Ennek hiányában a kedvezményezettek egymás között egyenlő arányban jogosultak a szolgáltatásra.

1.6.4. A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Főbiztosított halála esetére megnevezett Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik. Amennyiben nem jelölnek helyette új Kedvezményezettet, akkor a Főbiztosított örökösét kell Kedvezményezettnek tekinteni.

1.6.5. A Főbiztosított a Kedvezményezett kijelölés megtétele előtt köteles megszerezni a Kedvezményezett hozzájáruló nyilatkozatát arról, hogy a kedvezményezett jelöléshez szükséges személyes adatait a Bank nyilvántartsa a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítése céljából akként, hogy a szolgáltatási igény esetén a Biztosítónak átadja, és a Biztosító azokat e célból kezelje, valamint nyilvántartsa. A hozzájáruló nyilatkozat megküldésétől a Bank, illetve a Biztosító eltekint.

1.7. **Kórház:** a szakmai felügyeletek által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. **Nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó illetve obesitológiai és lipidológiai osztályai.**

1.8. **Veszélyes sport:** jet-ski, motorcsónak sport, vízisízés, vadvízi evezés (ideértve canyoning, hydrospeed), hegy- és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping), falmászás, autó-motorsportok (ideértve felkészülés, edzés, verseny), egyszemélyes (singlehanded) és nyílttengeri vitorlázás, repülősportok (pl. sárkányrepülés, ejtőernyőzés, siklóernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés, siklórepülés, hőlégballonozás), mélytengeri búvárkodás (búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá), wingsuit, akrobatikus rock&roll, amerikai futball, mountainbike, downhill kerékpár, rögbi, sí akrobatika, snowboard, harcművészetek, önvédelmi és küzdősportok.

1.9. **Baleset:** a kockázatviselés tartama alatt a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan egyszeri külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezetben heveny módon, szakorvosilag igazoltan anatómiai és/vagy funkcionális károsodás vagy maradandó elváltozás vagy halál következik be. A betegségből, kóros állapotból, múló rosszullétből eredő testi sérülés nem minősül balesetnek.

1.10. **Biztosítási titok:** minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, a biztosító rendelkezésére álló adat, amely a biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

2.§ A Csoportos Biztosítás létrejötte

2.1. A csoportos biztosítási szerződés a Bank, mint szerződő és a Biztosító között írásban, határozott tartamra jött létre a Bank azon ügyfelei javára, akik a szerződéshez Biztosítotti nyilatkozat megtételével csatlakoznak.

2.2. A Csoportos Biztosítás első tartama 2026. szeptember 14-től 2026. december 31-ig tart. **A Csoportos Biztosítás tartama – amely megegyezik a biztosítási időszakkal - további egy naptári évvel automatikusan meghosszabbodik mindaddig, amíg a Szerződő vagy a Biztosító a határozott tartam lejárata előtt 90 (kilencven) nappal ezzel ellentétes szándékát nem közli a másik féllel.**

3.§ A biztosítási jogviszony alanyainak jogai és kötelezettségei

3.1. A Bank köteles (1) a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, (2) a Biztosító által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol, (3) a biztosítási díjat a Biztosítónak megfizetni (a Bank az általa megfizetett biztosítási díjnak a Főbiztosítottra jutó részét - a Főbiztosított által a Biztosítotti nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Főbiztosítottra).

3.2. A Főbiztosított köteles a Bank részére megfizetni a Bank által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj áthárítására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 13 §-ban).

3.3. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségét teljesíteni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljeskörűen megválaszolni. A közlésre vagy a

változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

3.4. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv-ben (továbbiakban: Biztosítási törvény) foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.

3.5. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.

3.6. **A Főbiztosított a csoportos biztosítási szerződéshez kizárólag Biztosítotti minőségben csatlakozhat, abba nem jogosult szerződőként belépni.**

3.7. **A biztosítottat kármegelőzési, kárenyhítési kötelezettség terheli, ami abban áll, hogy köteles mindent megtenni annak érdekében, hogy a biztosítási esemény bekövetkezését elhárítsa, illetve a biztosítási esemény bekövetkezte esetén annak következményeit csökkentse, így köteles haladéktalanul felkeresni orvosát és kérni az első akut ellátását.** Bármilyen sérülés bekövetkeztét követően a biztosítottnak a lehető legrövidebb időn belül gyakorló szakorvoshoz kell fordulnia, és kárenyhítési kötelezettségéből adódóan annak orvosi tanácsait köteles pontosan betartani. A biztosító nem felelős azokért a következményekért, amelyek a biztosítottnak a biztosítási esemény káros következményei elhárítására, illetve enyhítésére vonatkozó kötelezettségeinek elmulasztásából erednek.

4.§ A Főbiztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

4.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, akik a biztosítási szerződéshez egyénileg, Biztosítotti nyilatkozat megtételével csatlakozhatnak. „Családi" biztosítási csomag esetén a Biztosító kockázatviselése az 1.3.3. pont szerinti személyekre is kiterjed.

4.2. A Főbiztosított a Biztosítotti nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy az „Egyéni" vagy a „Családi" biztosítási csomagot igényli.

4.3. A Főbiztosított a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozhat:

a) szóbeli Biztosítotti nyilatkozattal: a Bank vagy a Megbízottja által végzett rögzített telefonos szóbeli csatlakozási nyilatkozattétel útján, vagy

b) online Biztosítotti nyilatkozattal: a Bank internetbanki és mobilalkalmazásba történő belépést követően az alkalmazáson belül tett, SMS-sel vagy token-nel aláírt elektronikus nyilatkozattal.

4.4. Ha a Főbiztosított a csoportos biztosítási szerződéshez (1) szóbeli Biztosítotti nyilatkozattal vagy (2) online Biztosítotti nyilatkozattal csatlakozott, akkor a Bank a Biztosító felhatalmazása alapján írásbeli visszaigazolást küld a Főbiztosított részére arról, hogy a Biztosító kockázatviselése a Főbiztosítottra („Családi" biztosítási csomag esetében a Főbiztosítottra és az Egyéb biztosítottakra) kiterjed (a továbbiakban: „írásbeli visszaigazolás"), melyhez csatolja (i) a biztosítási terméktájékoztatót, (ii) a biztosítási feltételeket, (iii) a biztosítási termékismertetőt, (iv) az Adatkezelési tájékoztatót, a (v) biztosításközvetítői tájékoztatót. Ezeket a dokumentumokat a Bank az alábbi módon kézbesíti:

- a 4.3.a) pont szerinti szóbeli csatlakozás esetén az internetbanki és mobilalkalmazási szolgáltatásban a Főbiztosított személyes tárhelyére elektronikus formában feltölve, melyet a személyes tárhelyen a biztosítotti jogviszony tartama alatt folyamatosan elérhetővé tesz és a Főbiztosított kifejezett kérése esetén postai úton is,
- 4.3.b) pont szerinti csatlakozás esetén az internetbanki és mobilalkalmazási szolgáltatásban a biztosított személyes tárhelyére elektronikus formában feltöltve, melyet a személyes tárhelyen a biztosítotti jogviszony tartama alatt folyamatosan elérhetővé tesz.

4.5. A 4.3.a)-4.3.b) pontok szerinti csatlakozás esetén a dokumentumok az internetbanki és mobilalkalmazási szolgáltatás megszüntetéséig bármikor letölthetőek a Biztosított George Web és George App fiókjából. A fiók megszüntetés után a dokumentumokat az igényérvényesítési határidő lejáratáig bankfiókban kérheti a Főbiztosított.

4.6. A Főbiztosított a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozása esetén (1) elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá („Családi" biztosítási csomag esetében rá és az Egyéb biztosítottakra) kiterjedjen, (2) a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik.

4.7. A Főbiztosított a Biztosítotti nyilatkozat megtételével hozzájárul, hogy

- a Bank, mint szerződő által megfizetett biztosítási díjnak a Főbiztosítottra jutó részét a Bank áthárítsa a Főbiztosítottra, egyben vállalja az áthárított biztosítási díj megfizetését,
- a Bank a vele közölt, a banktitok körébe tartozó, a csoportos biztosítási szerződés teljesítéséhez szükséges adatait a Biztosítónak a biztosítási szerződés teljesítésének céljából átadja.

4.8. **A Bank a Biztosítottaknak a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosító függő biztosításközvetítőjeként jár el. A Bank biztosításközvetítői minőségével kapcsolatos részletes tájékoztatás a csatlakozást megelőzően a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató" elnevezésű dokumentumban található, amely a Bank honlapján (www.erstebank.hu) is elérhető.**

<u>Újbóli csatlakozás</u>

4.9. Amennyiben a Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnt vagy az 5.1.4. – 5.1.5. pontok szerint megszűntetésre kerül, a Főbiztosított bármikor jogosult újra csatlakozni a csoportos biztosításhoz, amennyiben megfelel a Főbiztosítottra vonatkozó feltételeknek.

A csatlakozás lehetőségének megszüntetése a jövőre nézve

4.10. **A csatlakozás lehetőségét (i) Bank és a Biztosító bármikor megszüntethetik közös megegyezéssel az általuk megállapított jövőbeli időponttól, valamint (ii) akár a Bank, akár a Biztosító a másik félhez intézett egyoldalú jognyilatkozattal is megszüntetheti 90 napos határidővel bármikor, a jövőre nézve.** Ezt követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb Biztosítottak nem csatlakozhatnak, azonban a korábban csatlakozott Biztosítottakra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése – a biztosítási díjak folyamatos megfizetése esetén - mindaddig fennmarad, amíg az 5.1.1.-5.1.7., illetőleg a 11.1-11.2 pontokban írt esetek valamelyikének bekövetkezése miatt meg nem szűnik.

5.§ A biztosítási fedezet megszűnésének esetei

5.1. **A Főbiztosítottra („Családi" biztosítási csomag esetében az összes Biztosítottra) vonatkozó biztosítási fedezet és azzal együtt a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik:**

5.1.1. **a Főbiztosított halálának napján 24 órakor,**

5.1.2. **azon naptári év december 31-én, amelyik évben a Főbiztosított eléri a 80. életévét,**

5.1.3. **azon a napon 24 órakor, amikor a Főbiztosítottnak az 1.4 pont szerinti fizető számlája bármely okból megszűnik,**

5.1.4. **ha a Főbiztosított a biztosítotti jogviszonyt felmondja, azonnali hatályú felmondás esetén az 5.3.1. pont szerinti, rendes felmondás esetén az 5.3.2. pont szerinti időpontban,**

5.1.5. **ha a Főbiztosított a Bank által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 napig sem fizette meg a Banknak az áthárított biztosítási díjat és emiatt a Bank, mint szerződő törli a biztosítotti jogviszonyt a csoportos biztosítási szerződés hatálya alól, az esetlegesen meg nem fizetett áthárított biztosítási díj esedékességtől számított 90. napon 24 órakor,**

5.1.6. **ha a csoportos biztosítási szerződés megszűnik (i) azonnali hatályú felmondás, (ii) rendes felmondás (iii) közös megegyezéssel történő megszüntetés miatt, a megszűnést megelőzően a Bank által utoljára megfizetett biztosítási díjjal fedezett időszak utolsó napján 24 órakor,**

5.1.7. **ha a csoportos biztosítási szerződés a Bank általi díj-nemfizetés miatt megszűnik, a csoportos biztosítási szerződés megszűnésének napján 24 órakor.**

5.2. **A csoportos biztosítási szerződés rendes felmondása vagy közös megegyezéssel történő megszüntetése esetén a Bank köteles a Főbiztosítottat a biztosítotti jogviszony megszűnéséről és a megszűnés időpontjáról előzetesen papíron vagy tartós adathordozón írásban értesíteni. Azonnali hatályú felmondás esetén a Bank az általa tett felmondást követően, a Biztosító általi felmondás esetén a felmondás kézhezvételét követően haladéktalanul köteles a Főbiztosított tájékoztatására.**

5.3. A Biztosítotti jogviszony felmondása

5.3.1. **A biztosítotti jogviszonyt a Főbiztosított a Biztosítotti Nyilatkozat megtételétől számított 45 napon belül indoklás nélkül, azonnali hatállyal felmondhatja (1) a Bankhoz intézett, az Erste Bank Hungary Zrt. Telesales, Budapest 1933 címre küldött, vagy (2) bármely Erste bankfiókban leadott írásbeli nyilatkozattal vagy (3) ha a biztosított a bank internetbanki és mobilalkalmazási szolgáltatására rendelkezik szerződéssel, akkor elektronikusan az alkalmazás útján megküldött nyilatkozattal vagy (4) az Erste telebank útján – azonosítást követően - rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli nyilatkozattal. Azonnali hatályú felmondás esetén a Biztosító kockázatviselése a felmondó nyilatkozatnak a Bankhoz történő beérkezése napjával (szóbeli nyilatkozat esetén a nyilatkozattétel napjával) szűnik meg. Ha a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény és/vagy nem jelentettek be szolgáltatási igényt, úgy nem áll fenn díjfizetési kötelezettség.**

5.3.2. A Főbiztosított a fenti 5.3.1. pont szerinti 45 napos időszakot követően a biztosítás tartama során bármikor jogosult (1) a Bankhoz intézett, az Erste Bank Hungary Zrt. Telesales, Budapest 1933 címre küldött, vagy (2) bármely Erste bankfiókban leadott írásbeli nyilatkozattal vagy (3) ha a biztosított a bank internetbanki és mobilalkalmazási szolgáltatására rendelkezik szerződéssel, akkor elektronikusan az alkalmazás útján megküldött nyilatkozattal vagy (4) az Erste telebank útján – azonosítást követően - rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli nyilatkozattal megszüntetni a biztosítotti jogviszonyát (rendes felmondás). **A biztosítotti jogviszony rendes felmondása esetén a Biztosító kockázatviselése annak a hónapnak az utolsó napján szűnik meg, amikor**

a felmondó nyilatkozat a Bankhoz beérkezett (rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli felmondás esetén a nyilatkozat megtételének napja tekintendő a beérkezés napjának).

5.3.3. **„Családi" biztosítási csomag esetében a kockázatviselés az összes olyan személyre vonatkozóan is megszűnik, akik az 1.3.3 pont szerint Egyéb biztosítottnak minősülnek**.

5.4. A csoportos biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondása

5.4.1. A csoportos biztosítási szerződést mind a Bank, mind a Biztosító jogosult azonnali hatállyal felmondani, ha (i) a másik fél a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott lényeges kötelezettségét nem, vagy nem szerződésszerűen teljesíti, és ezen szerződésszegő magatartását írásbeli felszólítás ellenére tizenöt (15) napon belül nem szünteti meg, vagy (ii) a másik Fél ellen felszámolási vagy végelszámolási eljárás indul.

5.4.2. A csoportos biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondása esetén a Biztosító kockázatviselése a felmondás napján 24 órakor Biztosítottnak tekintendő személyekre vonatkozóan - egyéb megállapodás hiányában - a Bank által legutóbb megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn.

5.5. A csoportos biztosítási szerződés rendes felmondása

5.5.1. Mind a Bank, mind a Biztosító jogosult a csoportos biztosítási szerződést bármikor, a másik félhez intézett írásbeli nyilatkozattal 60 napos felmondási idővel naptári hónap utolsó napjára felmondani.

5.5.2. A rendes felmondás átvételét követő 15. napot követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb Főbiztosítottak nem csatlakozhatnak. Az ezen időpontig csatlakozott és Biztosítottnak tekintendő személyekre vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése a vonatkozó felmondási idő lejártát megelőzően a Bank által utoljára megfizetett biztosítási díjjal fedezett időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn.

5.6. A csoportos biztosítási szerződés közös megegyezéssel történő megszüntetése

A Bank és a Biztosító a csoportos biztosítási szerződést közös megegyezéssel, írásban bármikor megszüntethetik. Ilyen esetben a Biztosító kockázatviselése az aláírt megszüntető megállapodásban rögzített időpontban szűnik meg.

5.7. A csoportos biztosítás szerződés díj-nemfizetés miatti megszűnése

Amennyiben a szerződő Bank a csoportos biztosítási szerződés díját az esedékességtől számított 90 napon belül a Biztosítónak nem fizette meg, a csoportos biztosítási szerződés a hátralékos díj esedékességétől számított 90. napon 24 órakor megszűnik.

6.§ A biztosítási csomag módosítása

6.1. A Főbiztosított a kockázatviselés tartama alatt bármikor válthat biztosítási csomagot (azaz „Egyéni" biztosítási csomagról „Családi" biztosítási csomagra, vagy „Családi" biztosítási csomagról „Egyéni" biztosítási csomagra térhet át) a Bankhoz írásban – az erre a célra rendszeresített formanyomtatványon - megtett nyilatkozatával.

6.2. Az új biztosítási csomag az igény Bankhoz történő bejelentését követő hónap első napjától érvényes**. Az új biztosítási csomagra vonatkozó első havi díj a csomagváltás bejelentését követő hónap utolsó napján, a folytatólagos díj pedig ezt követően minden hónap utolsó napján esedékes.**

7.§ Fizető számla módosítása

7.1. A Főbiztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt lehetősége van arra, hogy írásbeli nyilatkozatával kérje a biztosításához kapcsolódó fizető számla módosítását.

7.2. A Bank az írásbeli nyilatkozat beérkezését követő 3 munkanapon belül rögzíti a módosítást és a rögzítést követő esedékes díjat már erről a fizető számláról terheli.

8.§ A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

8.1. **A biztosítási szerződés 2026. szeptember 14. napján jött létre.**

8.2. **A biztosítási szerződés határozatlan tartamra jött létre. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam.**

8.3. **Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.**

8.4. **Biztosítási időszak 1 év.**

8.5. **Biztosítási évforduló: a biztosítás kockázatviselési kezdetének évenkénti fordulónapja.**

9.§ A Biztosító kockázatviselésének kezdete

9.1. **A Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése a Főbiztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozását követő nap 0:00 órájától kezdődik.**
9.2. **A Biztosító Egyéb Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése, amennyiben a Főbiztosított csatlakozásakor nem állt fenn az 1.3.2. pont szerinti családi kapcsolat, akkor az 1.3.2. pontban meghatározott családi kapcsolat létrejöttét követő nap 0:00 órájától kezdődik.**
9.3. **A 4.9. pont szerinti csatlakozás esetén a kockázatviselés kezdete:**
- **amennyiben a csatlakozás napján a Biztosító már nem állt kockázatban úgy a kockázatviselés kezdete az újbóli csatlakozását követő nap 0:00 órája,**
- **amennyiben a Biztosító a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában még kockázatban állt a Főbiztosítottra nézve, úgy a kockázatviselés kezdete a fennálló kockázatviselés utolsó napját követő nap 0:00 órája.**

10. § Csatlakozás korlátozása

10.1. **A Főbiztosított egyidejűleg csak egy fizető számlára megkötött szerződéshez kapcsolódóan csatlakozhat a csoportos biztosításhoz függetlenül attól, hogy egy vagy több fizető számlával rendelkezik a Szerződőnél.**

11. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

11.1. **A Biztosító kockázatviselése megszűnik („Családi" biztosítási csomag esetében az összes Biztosítottra vonatkozóan) abban az időpontban, amikor a biztosítási fedezet az 5.1 pontban felsorolt esetek valamelyike miatt közül megszűnik.**
11.2. **„Családi" biztosítási csomag alapján Egyéb biztosítottnak minősülő személy(ek)re vonatkozóan megszűnik továbbá a Biztosító kockázatviselése**
11.2.1. **az adott Biztosított halálának napján 24 órakor,**
11.2.2. **a csoportos biztosítás azon évfordulóján, amely évben az adott Biztosított eléri az 1.§-ban meghatározott 18. illetve azon naptári év december 31-én amikor betölti a 80. életévét,**
11.2.3. **abban az időpontban, amikor a Főbiztosított által kezdeményezett csomagváltás (a biztosítási csomag „Egyéni" biztosítási csomagra módosítása) hatályba lép,**
11.2.4. **azon a napon 24 órakor, amely napon (1) megszűnik az adott személy és a Főbiztosított között fennálló azon viszony (pl. házasság, élettársi viszony) amelyre való tekintettel az adott személy biztosítottnak minősült.**

12. § Területi hatály

A biztosítás a Föld valamennyi országában bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed.

13. § A biztosítási díj

A biztosítási díjra vonatkozó általános szabályok
13.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke.
13.2. **A csoportos biztosítás díját a Bank (szerződő) fizeti meg a Biztosítónak, melynek a Biztosítottra jutó részét a Bank - a Biztosítotti nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján – áthárítja a Főbiztosítottra (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 13.9-13.12. pontokban).**
13.3. **A biztosítás havi díjfizetésű. A Biztosító akkor is jogosult a teljes havi díjra, amennyiben a Biztosító kockázatviselése hóközben szűnik meg.**
13.4. **A Bank díjfizetési kötelezettsége - az alábbi 13.5. pontban szereplő kivételekkel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Főbiztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.**
13.5. **A 13.4. pontban foglaltaktól eltérően nem kell megfizetni a díjat a biztosítotti jogviszony azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény.**
13.6. **A Főbiztosított csatlakozását követő első havi biztosítási díj a Főbiztosított csatlakozását követő hónap utolsó napján, a folytatólagos díj pedig ezt követően minden hónap utolsó napján esedékes.**
13.7. **Az első áthárított díjrész terhelése a Biztosító Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselésének megkezdését követő hónap utolsó naptári napján történik. Amennyiben ez a nap nem banki munkanap, úgy az első áthárított díjrész terhelése a következő banki munkanapon történik. A további áthárított díjrészek megfizetése az ezt követő**

naptári hónapok utolsó naptári napján esedékesek, amennyiben ez a nap nem banki munkanap, úgy a terhelése a következő banki munkanapon történik és az esedékesség hónapjára visszamenőleg vonatkoznak.

13.8. **A biztosítási díjak módosítására, az ezzel kapcsolatos tájékoztatásra, valamint a Főbiztosítottat ilyen esetben megillető jogokra vonatkozó szabályok a 22. §-ban találhatók**.

A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos szabályok

13.9. **A Főbiztosítottra áthárított biztosítási díj összegét írásbeli csatlakozás esetén a Főbiztosított által aláírt Biztosítotti nyilatkozat, egyéb módon történt csatlakozás esetén a Bank, mint Szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás rögzíti.**

13.10. **A Bank az áthárított biztosítási díjat a Főbiztosított által adott hozzájárulás és felhatalmazás alapján a Főbiztosított fizető számlájáról szedi be úgy, hogy a fizető számlát az esedékességi napokon az esedékes áthárított biztosítási díj összegével megterheli. Ha a Bank az esedékességkor az áthárított biztosítási díj egészét nem tudja beszedni, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül (mindaddig nem történik terhelés, amíg az esedékes összeg teljes egészében be nem szedhető).**

13.11. **Ha a Főbiztosított az áthárított biztosítási díjat a Bank által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 napig sem fizette meg a Banknak, úgy a Bank, mint szerződő az esedékességtől számított 90. nap 24 órai hatállyal törli az adott biztosítotti jogviszonyt a csoportos biztosítási szerződés hatálya alól.**

13.12. **A Főbiztosított mindaddig köteles az áthárított biztosítási díjat megfizetni, ameddig a Biztosító a Főbiztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli. Amennyiben a Biztosító kockázatviselése nem hónap végével szűnt meg, úgy az áthárított biztosítási díj arra a teljes hónapra esedékes, amely hónapban a kockázatviselés megszűnt.**

14. § Értékkövetés

14.1. **A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.**

15. § Maradékjogok, kötvénykölcsön

A biztosításhoz maradékjogok nem tartoznak, azaz a biztosítási szerződés nem visszavásárolható, díjmentes leszállítás nem alkalmazható, a biztosításra kötvénykölcsön nem nyújtható.

16. § Fedezett kockázatok

16.1. A Biztosító mind az „Egyéni”, mind a „Családi” biztosítási csomag alapján az alábbi kockázatokat vállalja:

16.2. **A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött szerződés tekintetében biztosítási esemény:**

16.2.1. **a Biztosító kockázatviselése alatt bekövetkező olyan baleset, amelynek következménye:**

16.2.1.1. **a biztosított 1 (egy) éven belüli halála,**

16.2.1.2. **a biztosított maradandó egészségkárosodása,**

16.2.1.3. **biztosítottnak szükségessé váló kórházi ápolása, feltéve, hogy a biztosítottnak a balesettel összefüggésben szükségessé váló első kórházi ápolása a balesetet követő egy éven belül megkezdődik és a tartama eléri a minimum 5 napot,**

16.2.1.4. **biztosított csontrepedése, illetve csonttörése.**

16.3. A fenti biztosítási események meghatározását és a biztosító szolgáltatására vonatkozó részletes rendelkezéseket a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.

17. § Biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatása

17.1. A biztosító a különös feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a különös feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja.

17.1.1. 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.

17.1.2. **A biztosító szolgáltatási kötelezettsége az életbenléti szolgáltatások vonatkozásában csak akkor áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és az egészségkárosodás mértékének megállapítására a biztosított életében került sor**.

18. § A biztosítási esemény bejelentése

18.1. A biztosítási eseményt haladéktalanul, **de legkésőbb a biztosítási eseményt követő 30 napon belül be kell jelenteni az alábbi elérhetőségeken:**
személyesen: UNION Biztosító Ügyfélszolgálatán, cím: 1134 Budapest, Váci út 33.
írásban: az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 1380 Budapest, Pf. 1076. címen
elektronikusan: szemelykar@union.hu.

18.2. A szolgáltatási igény előterjesztésekor minden esetben be kell nyújtani a Biztosítóhoz a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt, vagy azzal tartalmilag megegyező, a biztosítási esemény elbírálásához szükséges valamennyi információt tartalmazó nyilatkozatot.

18.3. **A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy bejelentési kötelezettségének a 18.1. pont szerinti határidőben nem tett eleget, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, illetve a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenné válik.** A biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény minden olyan körülmény, melyre a szolgáltatási igénylőlapon a biztosító kifejezetten rákérdez.

18.4. A biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás összegének meghatározásához elengedhetetlenül szükséges dokumentumokat a biztosító részére be kell nyújtani.

18.5. A biztosítási esemény bekövetkezésének és körülményeinek az általános és különös feltételek szerint történő elbírálásához, illetve a szolgáltatási összeg meghatározásához szükséges dokumentumok:

18.5.1. a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (mint pl. a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy, tanúk nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szakértői vélemények másolatai),

18.5.2. amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős ítélet vagy határozat csak abban az esetben, ha az a szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll),

18.5.3. a biztosítottnak a biztosítási eseménnyel összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. házi-, vagy üzemorvosi, a járó- és fekvő betegellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció a beavatkozás WHO kódjának megjelölésével, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, szövettani vizsgálati eredmények, ideértve CT, MRI és röntgenfelvétel vizsgálati eredményeit is),

18.5.4. a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos, biztosítotti adatokat tartalmazó iratok, az erre feljogosított mindenkor illetékes hatóság vagy társadalombiztosítási szerv szakvéleménye a mindenkor hatályos jogszabály szerinti rokkantsági csoportba sorolásról (a jogosult titoktartás alóli felmentéséhez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján),

18.5.5. ittasság, illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok használatának vizsgálatáról készült orvosi irat másolata,

18.5.6. nem magyar nyelvű dokumentáció esetén ezek magyar nyelvű fordítása,

18.5.7. az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentumok, jogszabályi rendelkezés esetén gyámhivatali engedély,

18.5.8. meghatalmazás, amennyiben az igénybejelentő nem azonos a szolgáltatásra jogosulttal,

18.5.9. az első, akut orvosi ellátást igazoló dokumentáció másolata,

18.5.10. a halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati bizonyítvány, halál utáni orvosi jelentés másolata, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok (pl. boncolási jegyzőkönyv, a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontját és lefolyását rögzítő orvosi dokumentáció másolata),

18.5.11. a kedvezményezetti jogosultságot bizonyító okirat (mint pl. hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány) másolata, amennyiben a kedvezményezett a szerződésben név szerint megnevezésre nem került.

18.6. A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához a becsatolt iratokat ellenőrizheti, illetőleg a bejelentett igény elbírálásával összefüggő egyéb iratokat kérhet be. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, és azt a hiánypótlásra való felhívást követően sem pótolják, vagy ismételten hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

18.7. A felsorolt okiratokon kívül a biztosított jogosult a károk és költségek egyéb okmányokkal, dokumentumokkal illetőleg egyéb módon történő igazolására, a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

18.8. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a rendelkezésére bocsátott egészségügyi dokumentumok alapján a szolgáltatás iránti igény indokoltságát szakorvosa véleményére támaszkodva elbírálja és a szolgáltatás mértékét ez

alapján határozza meg. Amennyiben a biztosító szakorvosa nem tartja indokoltnak a szolgáltatási igényt, a Biztosítónak jogában áll azt elutasítani.

18.9. A biztosító szolgáltatásait a rendelkezésre álló legutolsó adatoknak megfelelően nyújtja.

18.10. **Ha a bejelentett biztosítási eseményben „Családi" biztosítási csomag esetén nem a Főbiztosított az érintett, akkor a bejelentéshez mellékelni kell olyan dokumentum másolatát, amely igazolja, hogy az érintett személy az 1.3.2. pont alapján Biztosítottnak minősül (pl. házastárs esetén házassági anyakönyvi kivonat, gyermek esetén születési anyakönyvi kivonat, bejegyzett élettársak esetén bejegyzett élettársi kapcsolat anyakönyvi kivonata, élettársak esetében közös lakcímre szóló lakcímkártyák másolata).**

18.11. **A külföldön kiállított okiratokat a Biztosító akkor ismeri el a biztosítási esemény bekövetkezésének bizonyítékaiként, ha ezen iratok tartalmából vitathatatlanul megállapítható, hogy a biztosítási esemény valóban bekövetkezett.**

18.12. **Ha az adott fedezethez tartozó Különös Biztosítási Feltételekben felsorolt dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.**

19. § A Biztosító teljesítésére vonatkozó rendelkezések

19.1. **A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**

20. § A Biztosító mentesülése

20.1. **A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól:**

20.1.1. **a közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében, vagy ha a szerződéskötéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig már 5 év eltelt,**

20.1.2. **A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a szolgáltatást igénylő személy az igénybejelentés alkalmával és/vagy a kárrendezési eljárás során *(i)* a biztosítási eseménnyel vagy a szolgáltatás szempontjából lényeges körülménnyel kapcsolatban valótlan információt közöl vagy lényeges körülményt elhallgat, kivéve, ha a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében, *(ii)* hamis, hamisított vagy valótlan tartalmú okiratot használ, vagy *(iii)* a Biztosítót egyéb módon megtéveszti.**

20.1.3. **ha a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét,**

20.1.4. **ha a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben következett be,**

20.1.5. **ha a Biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi,**

20.1.6. **amennyiben bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni. Súlyosan gondatlannak minősülhet különösen, ha a biztosítási esemény a Biztosított:**

a) alkoholfogyasztásával, illetőleg ittas állapotával okozati összefüggésben áll;

b) bódító-, kábító- vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben áll, illetve toxikus anyagok szedése miatti függősége folytán, kivéve, ha azt kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazta;

c) érvényes jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben történt;

d) ittas gépjárművezetése közben következett be; valamint a c)-d) esetekben a mentesülés feltétele még, hogy a Biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett.

21. § Általános kizárások

21.1. **A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szervezetének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet, vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).**

21.2. **A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás, vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás.**

21.3. **A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.**

21.4. **A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosított alkohol fogyasztásával, krónikus alkoholizmusával, kábítószer fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével okozati összefüggésben következett be, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.**

21.5. **A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a biztosítottnak az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által nemzetközi horderejű egészségügyi-járványügyi szükséghelyzet kihirdetését követő nap és annak végének bejelentésének napja közötti időszakban és azzal összefüggésben bekövetkezett megbetegedésével és/vagy annak szövődményeivel áll okozatban.**

21.6. **Jelen általános feltételek szerint nem minősül biztosítási eseménynek a biztosított HIV-fertőzése vagy ezzel okozati összefüggésben bekövetkezett biztosítási eseménye.**

21.7. **Nem biztosítási esemény:**

21.7.1. **az olyan, tartam alatt bekövetkező esemény, amely a biztosító kockázatviselése előtt bekövetkezett balesettel áll összefüggésben;**

21.7.2. **az olyan, tartam alatt bekövetkezett esemény, amely a baleset előtt bármely okból már sérült, beteg vagy csonkolt testrészeket és szerveket érint, illetve ezen sérülések későbbi következményei, valamint amely esemény bekövetkezése okozati összefüggésben áll az előbbiekkel;**

21.7.3. **a napsugárzás által okozott égési sérülések;**

21.7.4. **a fagyási sérülések, kihűlés következményei;**

21.7.5. **olyan balesetek, melyek következménye a fogak törése, bármilyen jellegű pótlása;**

21.7.6. **csontok patológiás törése, fáradásos (stressz) törése;**

21.7.7. **porckorong sérv, hasi sérv kialakulása;**

21.7.8. **az olyan balesetek, melyek betegségi előzményekből, pillanatnyi rosszullétből, eszméletvesztésből erednek;**

21.7.9. **a habituális (ismétlődő) ízületi ficamok és alkati sajátosságból adódó ízületi szalag-gyengeség következményei;**

21.7.10. **a foglalkozási betegségi ártalom következményei;**

21.7.11. **a megemelés következtében kialakuló anatómiai elváltozások;**

21.7.12. **a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági, öncsonkítási kísérlete miatt bekövetkező esemény, még akkor sem, ha az öngyilkossági, öncsonkítási kísérletet a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el;**

21.7.13. **az olyan, orvosi vizsgálat vagy egészségügyi beavatkozás miatt bekövetkező esemény, amelynek célja nem az adott sérülés gyógyítása (sérült biztosított állapotromlásának a megakadályozása), hanem esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés, kivéve, ha az orvos által igazoltan kockázatviselés tartama alatt bekövetkező baleset következményeként kerül sor az orvosi vizsgálatra vagy az egészségügyi beavatkozásra;**

21.7.14. **a testi sérüléssel nem járó lelki sérülések;**

21.7.15. **ízeltlábúak által okozott csípések;**

21.7.16. **minden a szervezetet érintő ártalom, melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet (a degeneratív, ortopéd jellegű kórképek tartoznak ide);**

21.7.17. **a csőtükrözéssel végzett, térdet érintő műtétek következményeiként kialakult maradandó egészségkárosodás;**

21.7.18. **olyan balesetek, melyek a biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licence-szel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben;**

21.7.19. **a biztosított tevékenységi körében, a tevékenysége gyakorlásával okozati összefüggésben bekövetkezett események, amennyiben a biztosított tevékenysége: – követségi alkalmazott a**

Külügyminisztérium által odautazásra nem ajánlott, valamint fokozott biztonsági kockázatot rejtő országokban, – médiamunkás (riporter, fotós, operatőr, újságíró, stb.) a Külügyminisztérium által odautazásra nem ajánlott, valamint fokozott biztonsági kockázatot rejtő országokban, – mélyfúró, kutatófúró, talajfúró munkás, fúrásvezető a Külügyminisztérium által odautazásra nem ajánlott, valamint fokozott biztonsági kockázatot rejtő országokban, – fegyver- és lőszergyártó, – radioaktív anyaggal foglalkozó (atomenergia ipar, kutatás-fejlesztés, ipari felhasználás, hadiipar, stb.), – gyógyszeripai tevékenységgel foglalkozó (kutatás, fejlesztés, gyártás), – fegyverviseléssel járó foglalkozások (fegyveres testületek alkalmazottai, erdőőr, erdész, testőr, büntetésvégrehajtási fegyőr, felügyelő, vám és pénzügyőr), – vadász (sportvadászat is);

21.7.20. **a Biztosított veszélyes sporttevékenységével okozati összefüggésben álló esetek;**

21.7.21. **ha a kórházi ápolás nem éri el az eléréses önrész szerződés szerinti tartamát.**

22. § A biztosítási feltételek és/ vagy a biztosítási díj módosítása

22.1. **A Biztosító jogosult a biztosítási feltételeket és/vagy a biztosítási díjat felülvizsgálni és szükség esetén azok módosítását kezdeményezni a Banknál. A biztosítási feltételek és/vagy a biztosítási díj módosítására csak a Bank és a Biztosító megállapodása alapján kerülhet sor.**

22.2. **A biztosítási feltételek és/vagy a biztosítási díjak módosítása esetén (ha az az áthárított biztosítási díj emelkedését eredményezi) a Bank legalább 60 nappal a módosítás hatályba lépését megelőzően papíron vagy tartós adathordozón írásban tájékoztatja a Főbiztosítottat a módosításokról azzal, hogy amennyiben a változásokkal nem ért egyet, úgy a biztosítotti jogviszonyát az 5.3.2. pontban foglaltak szerint a változás hatályba lépése előtt felmondhatja.**

23. § Egyéb rendelkezések

23.1. **A szerződésből eredő szolgáltatási igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igények az esedékességüktől számított 5 év elteltével elévülnek.**

23.2. **A Biztosító a hozzá eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzá, kivéve (i) a szóbeli csatlakozást, (ii) az Erste telebank útján – azonosítást követően - rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli nyilatkozattal közölt azonnali hatályú- vagy rendes felmondást (iii) a biztosítási esemény szóbeli bejelentését, (iv) a szóbeli panaszbejelentést.**

23.3. **Az egyes kockázatokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a jelen Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.**

23.4. Jognyilatkozatok közlése

23.4.1. A Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási szerződésben bekövetkezett, Biztosítottakat érintő változásokról köteles a Főbiztosítottat tájékoztatni.

23.4.2. A Biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot a Szerződő vagy a Biztosított részére.

23.4.3. Amennyiben a Biztosító által a Szerződő vagy a Biztosított címére postai úton, ajánlott vagy tértivevényes küldeményként megküldött iratok kézbesítése azért volt eredménytelen, mert a címzett az iratot nem vette át (függetlenül annak okától – kivéve az elhalálozást), akkor az iratot az elküldésétől számított 8. napon kézbesítettnek kell tekinteni.

23.4.4. A biztosítási szerződésre a magyar jog alkalmazandó, a szerződésből származó jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint igények érvényesítése során a magyar anyagi és eljárásjog szabályai szerint kell eljárni. A szerződés nyelve magyar, bármely más, annak akár hivatalos fordítása is, kizárólag tájékoztatónak minősül.

23.5. Szerződésre vonatkozó adójogszabályok

23.5.1. 2019. január 1-jétől hatályos szabályok alapján a Főbiztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával létrejött biztosítási jogviszony esetében adómentes a balesetbiztosításból származó baleseti szolgáltatási összeg.

23.5.2. Jelen tájékoztatás a Biztosítottat, Kedvezményezettet nem mentesíti az alól, hogy a mindenkori hatályos adótörvények rendelkezéseiről a tőlük elvárható módon maguk is tájékozódjanak.

23.5.3. Az adózással kapcsolatos szabályok a biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító a honlapján (www.union.hu) keresztül ad tájékoztatást, írásos értesítést nem küld. A jogszabályi változásokat a Biztosított, Kedvezményezett kíséri figyelemmel.

23.6. **Az itt nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosítotti jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhatnak.**

23.7. **Fizetőképesség és pénzügyi helyzet jelentése**

A fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a Biztosító: a www.union.hu honlapon teszi közé évente.

23.8. A **Biztosító** főbb adatai

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1082 Budapest, Baross u.1.
Levelezési cím: 1461 Budapest, Pf.: 131.
Ügyfélszolgálat: 1134 Budapest, Váci út 33.
Telefonszám: +36 1 486-4343
Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-041566
Székhely állama: Magyarország

24. § Jogorvoslati lehetőségek

24.1. **Vitás kérdések rendezése**

24.1.1. A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel.

24.1.2. **A panasz bejelentésének módjai**

1. Szóbeli panasz bejelentése:

a) személyesen:

A panaszok szóbeli, személyesen történő bejelentésére:

– a Biztosító Központi Ügyfélszolgálati Irodáján, annak nyitvatartási idejében biztosítunk lehetőséget. A Központi Ügyfélszolgálati Iroda címe: 1134 Budapest, Váci út 33.

– vagy a Biztosító fővároson kívül a területi értékesítési irodáink irodavezetőinél. A területi értékesítési irodák elérhetősége megtalálható a Biztosító honlapján, a www.union.hu oldalon.

b) telefonon:

Panaszát bejelentheti a Biztosító telefonos ügyfélszolgálatán keresztül is hívásfogadási időben a (+361) 4864343as telefonszámon.

2. Írásbeli panasz:

a) személyesen vagy meghatalmazott által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján;

b) postai úton (1380 Budapest, Pf. 1076);

c) emailben az ugyfelszolgalat@union.hu email címen.

A Biztosító elérhetőségének módosulását a honlapján teszi közzé.

A Magyar Nemzeti Bank által panaszbejelentésre használt formanyomtatvány elérhető társaságunk honlapján, valamint a Magyar Nemzeti Bank honlapján az alábbi linken: https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyipanasz

24.1.3. **A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő 30 napon belül megküldi az ügyfélnek.**

24.1.4. **A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a Biztosító jegyzőkönyvet vesz fel. Ha a Szerződő, illetve a Biztosított a panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel.**

A jegyzőkönyv egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a Biztosító a panaszosnak átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panaszra adott válasszal együtt, de legkésőbb 25 napon belül a panaszosnak megküldi. A Biztosító a panaszra adott, indoklással ellátott választ a szóbeli panasz közlését követő 30 napon belül küldi meg az ügyfélnek.

24.1.5. **A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 89.; központi telefonszáma: (+3680) 203776**

24.1.6. **Jogok érvényesítésének egyéb fórumai**

Amennyiben a fogyasztó Biztosítóhoz benyújtott panasza

– elutasításra került, vagy

– nem a biztosítási törvényben előírtak szerint került kivizsgálásra, vagy

– kapcsán a Biztosító válaszából a biztosítási törvényben előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez, vagy

– kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelenül telt el, úgy

a) **Pénzügyi Békéltető Testülethez a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén.**
A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában az ügy érdemében
– kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a Biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy
– ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a Biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezésként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott.

A Pénzügyi Békéltető Testület egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és a fogyasztó érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg a kétmillió forintot.
Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.,
Személyes ügyfélszolgálat címe: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.,
levelezési címe: 1525 Budapest, Pf.: 172.,
telefon: (+3680) 203776,
email: ugyfelszolgalat@mnb.hu;

b) **Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat:**
levelezési címe: 1534 Budapest, BKKP Pf.:777,
Személyes ügyfélszolgálat címe: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
telefon: (+3680) 203776,
web: www.mnb.hu/fogyasztovedelem;
email: ugyfelszolgalat@mnb.hu,
vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulhat az ügyfél, amennyiben a panaszára adott válasz az adatvédelmi rendelet (GDPR) alapján az érintettet megillető jogosultságok (tájékoztatáshoz, hozzáféréshez, helyesbítéshez, korlátozáshoz, adathordozhatósághoz, tiltakozáshoz, törléshez való jog) érvényesítésének korlátozásával vagy az érintetti joggyakorlásra irányuló igény elutasításával összefüggő. Ha az érintett megítélése szerint a rá vonatkozó személyes adatok kezelése megsérti a vonatkozó jogszabályokat, jogosult a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez fordulni az adatvedelem@union.hu e-mail címen keresztül, vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is tehet bejelentést.
A hatóság címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.,
levelezési címe: 1363 Budapest, Pf.:9,
telefon: (+36-1) 391-1400;
e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

24.1.7. **A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők.**

25. § Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól

25.1. **Jelen Biztosítási Feltételek az alábbi pontokon lényegesen eltér a szokásos szerződési gyakorlattól, illetve a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:**

A Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértené az Egyesült Nemzetek Szervezetének határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet, vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

Hatályos: 2026.09.14.

Baleseti halálra vonatkozó különös feltétel

1. **Biztosítási esemény**
   1.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a **kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett balesetből eredő halála.**
   1.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a halál napja.
2. **A Biztosító szolgáltatása**
   2.1. Amennyiben a Biztosított a kockázatviselési tartam alatt bekövetkező balesete miatt legkésőbb annak napjától számított egy éven belül meghal, úgy a Biztosító a Biztosítottra vonatkozó, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényes biztosítási szerződés szerinti aktuális biztosítási összeget kifizeti a kedvezményezett részére.
   2.2. Amennyiben ugyanezen eseményből kifolyólag a baleseti halál előtt már a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra is szolgáltatott a Biztosító, a baleseti halál szolgáltatásból a baleseti maradandó egészségkárosodásra kifizetett összeg levonásra kerül.
3. **A biztosító teljesítése**
   3.1. A biztosító a szolgáltatási igényt az Általános Biztosítási Feltételek 19. pontjában foglaltak szerint teljesíti, figyelembe véve a 21. pontban felsorolt Kizárásokat és a 20. pontban felsorolt Mentesüléseket.

Hatályos: 2026.09.14.

Baleseti maradandó egészségkárosodásra vonatkozó különös feltétele

1. Biztosítási esemény

1.1. Biztosítási esemény a Biztosítottnak **a kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete, melynek eredményeképpen a baleset bekövetkezésétől számított 2 éven belül legalább a biztosítási szerződésben meghatározott mértékű maradandó egészségkárosodást (állandósult funkcionális károsodást) szenved (megrokkan).**

1.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset napja.

2. **A Biztosító szolgáltatása**

2.1. **A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a maradandó egészségkárosodás kockázatnak a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegéből az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át fizeti ki a biztosítottnak.**

2.2. Az egészségkárosodás mértékének legalább a 10%-ot el kell érnie, ahhoz, hogy a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége beálljon.

2.3. Az adott balesetből visszamaradt, maradandó egészségkárosodás mértékét a végállapot kialakulását követően a rendelkezésre álló szakorvosi iratok, illetve amennyiben szükséges, a biztosított személyes orvosi vizsgálata alapján a biztosító orvosa állapítja meg a sérülést követő 2 éven belül. **A károsodás mértékét a biztosító a gyógyulás folyamatától függetlenül legkésőbb a sérüléstől számított 2. év betöltésekor – a gyógyulás befejeződésének hiánya esetén is – megállapítja, függetlenül a társadalombiztosítási szervektől.**

2.4. **Több szerv, testrész együttes sérülése esetén a károsodási mértékek összeadódnak, de a biztosító szolgáltatása a biztosítási összeg 100%-át nem haladhatja meg.**

2.5. A biztosító elrendelheti speciális orvosszakértő igénybevételével a biztosított személyes vizsgálatát.

2.6. Amennyiben a biztosított nem ért egyet a biztosító döntésével, kérheti saját költségére orvosszakmai bizottság véleményét a maradandó egészségkárosodás mértékével kapcsolatban.

2.7. Amennyiben a biztosítottnál a balesetet megelőzően már fennállt valamilyen egészségkárosodás, és az nincs összefüggésben a baleset következtében kialakuló egészségkárosodással, a biztosító a szolgáltatás mértékét úgy határozza meg, hogy kiszámolja a baleset következtében kialakuló egészségkárosodás, és a balesetet megelőzően már fennálló egészségkárosodás mértékének a különbségét, és amennyiben ez a különbség eléri a biztosítási szerződésben az egészségkárosodás mértékére vonatkozóan meghatározott minimumot, úgy a biztosító kifizeti a biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek a különbség mértékének megfelelő százalékát.

2.8. Amennyiben a biztosított egészségi állapota a szolgáltatást követően javul, a biztosító a már kifizetett biztosítási összeget nem igényli vissza.

3. **A biztosító teljesítése**

3.1. A biztosító a szolgáltatási igényt az Általános Biztosítási Feltételek 19. pontjában foglaltak szerint teljesíti, figyelembe véve a 21. pontban felsorolt Kizárásokat és a 20. pontban felsorolt Mentesüléseket.

Hatályos: 2026.09.14.

Baleseti kórházi ápolás egyösszegű térítésre vonatkozó különös feltétele

1. **Biztosítási esemény**
   1.1. Biztosítási esemény **a Biztosítottnak a kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett balesete miatt szükségessé váló kórházi ápolása, feltéve, hogy a Biztosítottnak a balesettel összefüggésben szükségessé váló első kórházi ápolása a balesetet követő egy éven belül megkezdődik és a tartama eléri az eléréses önrész minimum tartamát.**
   1.2. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset napja.

2. A biztosító szolgáltatása
   2.1. **Amennyiben a Biztosított a kockázatviselési tartam alatt bekövetkező balesetéből eredően szakorvosilag indokolt kórházi ápolásra szorul, úgy a biztosító kifizeti az érintett Biztosítottnak a biztosítottra vonatkozó, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényes biztosítási szerződés szerinti aktuális biztosítási összeget** az alábbiak szerint:
      2.1.1. Az eléréses önrész a kórházban megszakítás nélkül töltött napoknak az a minimuma, amelynek leteltét követően áll be a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége és amelynek leteltét követően kifizeti a biztosító a biztosítási összeget. **Az eléréses önrész mértéke 5 nap, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége a 6. megkezdett kórházi ápolási napon áll be.**

   2.2. Amennyiben a Biztosított baleseti eseményével okozati összefüggésben 5 napot meghaladóan szakorvosilag indokoltan intenzív osztályon történő ellátásban részesül, a Biztosító a biztosítási összegnek a 150%-át fizeti ki a biztosítottnak.
   2.3. Egy baleseti eseményből eredően egy biztosítási éven belül a szolgáltatás csak egyszer vehető igénybe.

3. A biztosító teljesítése
   3.1. A biztosító a szolgáltatási igényt az Általános Biztosítási Feltételek 19. pontjában foglaltak szerint teljesíti, figyelembe véve a 21. pontban felsorolt Kizárásokat és a 20. pontban felsorolt Mentesüléseket.

Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó különös feltételei

1. Biztosítási esemény

1.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak **a kockázatviselési tartamon belül bekövetkező olyan balesete, melynek következménye szakorvos által igazolt csonttörés vagy csontrepedés.**

1.2. **Nem minősül biztosítási eseménynek, a csontok patológiás törése, fáradásos törése, a fogak törése.**

1.3. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

2. A Biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítottra vonatkozó, a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában érvényes biztosítási szerződés szerinti aktuális biztosítási összeget fizeti ki a Biztosított részére.

2.2. Súlyos csonttörés esetén a Biztosító a biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.

Csonttörés: az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad.
Csontrepedés: az egyébként ép csontszerkezet anatómiai folytonossága külső behatásra megszakad, de a csont keresztmetszete nem sérül, és a törési vonal csak az egyik oldali csontkérget sérti.

A Biztosító szempontjából súlyos csonttörésnek minősül az egy balesetből eredően bekövetkező, alább felsorolt események bármelyike:
– 4 végtag egyidejű törése, ide nem értve az ujjak töréseit;
– a koponya műtéti beavatkozást igénylő, vagy képalkotó vizsgálattal igazolt koponyán belüli vérzést, agykárosodást okozó törése, ide nem értve az arckoponya törését;
– a csigolya gerincvelő károsodással járó vagy műtéti beavatkozást igénylő törése;
– a medencecsontnak a medence stabilitását érintő vagy műtéti beavatkozást igénylő törése;
– a szegycsont törése.

3. A Biztosító teljesítése

3.1. A Biztosító a szolgáltatási igényt az Általános Biztosítási Feltételek 19. pontjában foglaltak szerint teljesíti, figyelembe véve a 21. pontban felsorolt Kizárásokat és a 20. pontban felsorolt Mentesüléseket.

Melléklet

A Főbiztosított által választható biztosítási csomagok havi díjai és szolgáltatási:

Erste Védelem Balesetbiztosítás	
Biztosítási esemény	**Szolgáltatási összeg**
Baleseti halál	10 000 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás (10%-100% arányos térítéssel)	12 000 000 Ft
Baleseti kórházi ápolás egyösszegű térítés (5 naptól, intenzív ellátás esetén 150% egy baleseti eseményre vonatkozóan egy biztosítási évben egyszer)	500 000 Ft
Baleseti csonttörés, csontrepedés (súlyos törés esetén 200%)	200 000 Ft

Biztosítás havi díja	
Egyéni csomag	2 990 Ft
Családi csomag	7 490 Ft