

NN Veled balesetbiztosítás

Általános és Különös Biztosítási Feltételei

I.	ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK	2
1.	ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK	2
2.	FOGALMAK ÉS MEGHATÁROZÁSOK	2
3.	A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI	6
4.	A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI	9
5.	LÉNYEGES KÖRÜLMÉNYEK FELMERÜLÉSE, MEGVÁLTOZÁSA	10
6.	A BIZTOSÍTÁS TARTAMA, TERÜLETI HATÁLYA	10
7.	A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE	11
8.	ELEKTRONIKUS KOMMUNIKÁCIÓ	12
9.	A BIZTOSÍTÁS DÍJA	13
10.	BIZTOSÍTÁSI DÍJ VÁLTOZÁSA, DÍJKEDVEZMÉNYEK	15
11.	AUTOMATIKUS ÉS OPCIONÁLIS DÍJNÖVEDELÉS	15
12.	FIZETÉSI KÉSEDELEM	16
13.	REAKTIVÁLÁS (A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÚJRA ÉRVÉNYBE LÉPTETÉSE)	17
14.	A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZÚNÉSÉNEK ESETEI	17
15.	BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE, A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉNEK ESEDÉKESSEGE	20
16.	KÁRMEGELŐZÉS ÉS KÁRENYHÍTÉS	21
17.	MENTESÜLÉS A TELJESÍTÉSI KÖTELEZETTSÉG ALÓL	22
18.	KIZÁRÁSOK	22
19.	JOGNYILATKOZATOK, A BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ ÜGYNÖK JOGÁLLÁSA	23
20.	A SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRE VONATKOZÓ TUDNIVALÓK	24
21.	ELÉVÜLÉS	24
22.	EGYÉB RENDELKEZÉSEK, PANASZBEJELENTÉS ÉS A JOGVITÁK RENDEZÉSE	24
II.	KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK	25
23.	ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK	25
24.	BALESETI HALÁL	25
25.	KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL	25
26.	BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	26
27.	KÖZLEKEDÉSI BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS	28
28.	BALESETI MŰTÉT	29
29.	KÖZLEKEDÉSI BALESETI MŰTÉT	31
30.	BALESETI KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS	33
31.	BALESETI INTENZÍV OSZTÁLYOS NAPI TÉRÍTÉS	34
32.	BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG	35
33.	KÖZLEKEDÉSI BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG	37
34.	BALESETI CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS	38
35.	ÁLLATHARAPÁS	39
36.	SZÖVŐDMÉNYES KULLANCSCSÍPÉS	40
37.	TANULMÁNYI TÁMOGATÁS BALESETI KÓRHÁZI ÁPOLÁSRA	40
III.	A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYVTŐL, VALAMINT A BIZTOSÍTÓ KORÁBBI BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSI GYAKORLATÁTÓL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ SZABÁLYOK	42
	FÜGGELÉK	45
	1.SZÁMÚ MELLÉKLET	49
	2.SZÁMÚ MELLÉKLET	50

I. Általános Biztosítási Feltételek

1. Általános rendelkezések

1.1. Jelen Általános Biztosítási Feltételekben és az annak részét képező

- mindenkor hatályos **Függelékben**, továbbá **1. és 2. számú Mellékletben**, valamint
- a mindenkor hatályos **Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóban**,
- a mindenkor hatályos **Kiegészítő ügyféltájékoztatóban**, valamint
- távértékesítés esetén a mindenkor hatályos **Általános távértékesítési tájékoztatóban**

foglalt rendelkezések, a Különös Biztosítási Feltételekkel (a továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) együtt (a továbbiakban együttesen: Biztosítási Feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az NN Biztosító Zrt. (székhelye: 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8., a továbbiakban: Biztosító) **NN Veled balesetbiztosítás** szerződéseinek feltételeit képezik, feltéve, hogy a Balesetbiztosítási szerződést a jelen Általános és Különös Biztosítási Feltételekre való hivatkozással kötötték.

A Különös Biztosítási Feltételek a jelen Általános Biztosítási Feltételektől eltérhetnek, eltérésük esetén a Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadók. A Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek, a Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben pedig a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, továbbá távértékesítés esetén a távollévők között kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2025. évi XCIX. törvény, valamint online távértékesítés esetén az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény (a továbbiakban: Ekertv.) rendelkezései, ezeken kívül az egyéb és a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

1.2. Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a biztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen Biztosítási Feltételek hatálya alatt létrejött biztosítási szerződésekből nem irányadók, további alkalmazásukat a szerződő felek kizárják. Ezen túlmenően az élet- és nem-életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosítási szerződés részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.

1.3. Jelen Biztosítási Feltételek és Mellékletei egyúttal az ügyfél-tájékoztatás célját is szolgálják.

2. Fogalmak és meghatározások

Jelen paragrafusban meghatározott fogalmak a jelen Általános Biztosítási Feltételek és a Különös Biztosítási Feltételek értelmezése vonatkozásában alkalmazandók.

Ajánlati dokumentáció: Biztosítási ajánlat, ideértve az NN Veled balesetbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltételeit, NN Veled balesetbiztosítás Termékismertetőt, Biztosítási adatvédelmi tájékoztatót, Kiegészítő ügyféltájékoztatót, Online nyilatkozat az ügyféltájékoztatásról, Általános Távértékesítési tájékoztatót, Személyre szabott távértékesítési tájékoztatót, valamint Tájékoztató az elektronikus kommunikációról elnevezésű dokumentumokat.

Alkoholizmus: szesztartalmú italok rendszeres fogyasztásához köthető, szomatikuspszichés kóros elváltozások együttese, amikor a testilelki megbetegedés, károsodás kóros tényezőjeként az alkohol tartós és egészségre káros mértékű fogyasztása jelölhető meg.

Baleset: az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül, a kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított az egyes kockázatoknál meghatározott időn belül a meghatározott károsodást szenved el. **Az egyes biztosítási eseményekre vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek eltérő rendelkezése hiányában jelen biztosításban nem minősülnek balesetnek az alábbi események, így a Biztosító nem viseli a kockázatot az alábbi esetekben:**

- megemelés, rándulás, habituális ficam, patológiás törés;
- fagyás, kihűlés;
- napszúrás, nap általi leégés, hóguta;
- szilárd, folyékony vagy légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés;
- rovar- és egyéb állatcsípés, illetve marás, harapás;
- fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség;
- a Biztosított elme- vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény;
- öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülés,
- öncsonkításból vagy annak kísérletéből eredő sérülés;
- a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény;
- orvosi műhiba.

Biztosítási ajánlat: a Balesetbiztosítási szerződést megalapozó, a Balesetbiztosítási szerződés létrejöttéhez szükséges minden lényeges adatot tartalmazó, a mindekor aktuális Általános távértékesítési tájékoztató NN Veled balesetbiztosításhoz dokumentumban meghatározott **Online szerződéskötési felületen megadott adatok alapján létrejött dokumentum**, amelyen a Szerződő (ajánlattevő) ajánlatot tesz a Balesetbiztosítási szerződés megkötésére. Az ajánlattevő az ajánlatához annak megtételétől számított 15 naptári napig van kötve.

A Szerződő, mint fogyasztó és a Biztosító egyidejű fizikai jelenléte nélkül létrejövő szerződésekre a távollévők között kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2025. évi XCIX. törvény rendelkezései az irányadók.

Biztosítási díj: a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni.

Biztosítási csomag: a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási fedezetek különböző kombinációi biztosítási csomagot alkotnak. Az egyes biztosítási csomagokat és azon belül a csomagméreteket a Biztosító állítja össze, melyek közül a Szerződő az ajánlattétel során választhat. **A Balesetbiztosítási szerződés tartama alatt nincs lehetőség csomag-, illetve csomagméret váltásra.**

Biztosítási esemény: a Különös Biztosítási Feltételekben megnevezett események, melyek bekövetkezése kiváltja a Biztosító szolgáltatása iránti igény érvényesítését.

Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.

Biztosítási évforduló: minden naptári évben a kockázatviselés kezdetének naptári napja; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.

Biztosítási fedezet/szolgáltatás: a Biztosítónak a Balesetbiztosítási szerződésben meghatározott biztosítási kockázatokra, illetve e kockázatokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események alapján nyújtandó biztosítási szolgáltatásra vonatkozó kötelezettségvállalása, melyet a Biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében vállal.

Biztosítási hónap: két egymást követő biztosítási hónapforduló közötti időszak.

Biztosítási hónapforduló: minden naptári hónapban a kockázatviselés kezdetének megfelelő naptári nap; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.

Biztosítási időszak: az az időszak, amelyre a biztosítási díj vonatkozik. A biztosítási időszak egy biztosítási év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.

Biztosítási kötvény: a Biztosító által kibocsátott, a Balesetbiztosítási szerződés létrejöttét igazoló dokumentum.

Biztosító elérhetőségei: jelen Biztosítási Feltételekben a Biztosító elérhetőségein – egyéb rendelkezés hiányában – a Biztosító mindenkor aktuális honlapján (jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor www.nn.hu) az Elérhetőségek menüpontban megadott elérhetőségeit értjük (Elérhetőségek - NN)

Extrém sport: jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó- és motorsportverseny és -edzés, tesztúra, rallyverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sportbarlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jet-ski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kite surf, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílt tengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok, illetve a városi sportok, úgy mint az agresszív görkorcsolyázás, a free running, a parkour, a kötéltréning, a highlining, az aszfaltszánkózás. Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a Biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.

Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy (Ptk. 8:1. § 3.).

Hivatásos sportoló: az a Biztosított, aki sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá egyéni vállalkozás keretében jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik a sportági szakszövetség feltételei szerint megszerzett hivatásos sportolói engedéllyel.

Intenzív osztályon történt kezelés: a kórháznak a közvetlen életveszély elhárítását célzó és arra szakosodott, 24 órás folyamatos szakorvosi felügyeletet biztosító, aneszteziológiai és intenzív osztály elnevezés alatt működő egységében nyújtott ellátása.

Jármű: a közlekedésben részt vevő, szárazföldi, vasúti vagy légi, illetve gépi meghajtású vízi szállító vagy vontató eszköz, továbbá önjáró vagy vontatott munkagép. Nem minősül járműnek a mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekesszék és a gépi meghajtású kerekesszék, ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkocsi és a talicska. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

Kórház: működési, hatósági engedéllyel rendelkező, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen Általános és Különös Biztosítási Feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:

- nappali kórház (olyan napközbeni kezelést nyújtó kórház vagy kórházi osztály, ahol a beteg csak napközben tartózkodik, és nem tölti bent az éjszakát),
- szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
- pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
- gyógyfürdők, gyógyfürdőkórházak, gyógyüdülők,

- elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek,
- geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
- hospice-tevékenységet végző intézmények (hospice-tevékenység: haldokló egyén olyan gondozó (főleg palliatív) ellátása, amelynek célja nem pusztán a fájdalom csillapítása, hanem a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő páciens testi, lelki ápolása-gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának halálig való megőrzése),
- 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.

Közlekedési baleset: az a baleset, amely azáltal következik be, hogy a Biztosított

- közúti járművet arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
- utasként szárazföldi, vasúti vagy vízi járművet vesz igénybe a szállítási, utazási feltételeknek megfelelően, vagy szárazföldi, vasúti, vízi járművet arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
- légi utasként menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt az utazási feltételeknek megfelelően használ vagy menetrend szerinti, illetve charter légiforgalmi eszközt arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
- utasként tömegközlekedési eszközt az utazási (szállítási) feltételeknek megfelelően használ, vagy tömeg közlekedési eszközt arra jogosító érvényes engedély birtokában vezet,
- gyalogként vagy kerékpárosként, e-rollerként közterületen vagy közforgalom által el nem zárt magánterületen más közlekedési eszközzel okozott baleset sérültje lesz.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

- **a gyalogost érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre,**
- **a kerékpárost és e-rollerest érő olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,**
- **a jármű vezetőjét, utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, illetve megállásával összefüggésben következett be.**

Műtét: a Biztosítottat érő baleset káros egészségügyi következményeinek elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárás, sebészeti beavatkozás, amelyeket az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet Kórházban, illetve Orvosi rendelőben kell elvégezni, s erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.

Orvosi rendelő: az a helyiség, amely a mindenkor illetékes hatósági előírásoknak megfelelő érvényes engedéllyel rendelkezik, és a biztosítási eseményként megjelölt műtét elvégzésére az engedély alapján jogosult.

Szerződéshez regisztrált e-mail cím: az az e-mail cím, amelyet a Szerződő elektronikus kommunikáció céljából az NN Veled balesetbiztosítási szerződéséhez megadott.

Veszélyes foglalkozás: jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában veszélyes foglalkozásnak minősül az ipari alpinista, pénzszállító, testőr, fegyveres biztonsági őr, fegyveres vagyonőr, vonuló tűzoltó, katonai- vagy ipari bűvár, artista, akrobata, kaszkadőr.

3. A biztosítási szerződés alanyai

- 3.1. **Biztosító:** NN Biztosító Zrt., székhelye és a kötvénykiállításra jogosult helye: 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8., amely a biztosítási díj ellenében a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatások teljesítésére a szerződésben meghatározott módon és mértékben vállal kötelezettséget.
- 3.2. **Szerződő:** az a fél, aki a biztosítási ajánlatot a Biztosító felé megteszi, és aki a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal, valamint **a Biztosító részére a Biztosító által lényeges szerződési feltételként meghatározott elektronikus kommunikáció (elektronikus úton megadott kommunikáció) érdekében megadja az e-mail címét és a telefonszámát.** Szerződő lehet a 18 év feletti, cselekvőképességében nem korlátozott, fogyasztónak minősülő, a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel rendelkező természetes személy.
- 3.3. **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, testi épségére, egészségi állapotára a Biztosító kockázatviselése vonatkozik. A Balesetbiztosítás Biztosítottja lehet minden olyan 0 és 70 év közötti (belépési életkor) természetes személy, akit a biztosítási ajánlatban Biztosítottként neveztek meg, illetőleg a kötvényen Biztosítottként szerepel. Családi csomag esetén ettől eltérő szabály alkalmazandó a jelen pontban meghatározottak szerint. A Biztosító Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése legfeljebb azon biztosítási évfordulóig tarthat, melyhez a Biztosított 75. születésnapja (kilépési életkor) közelebb esik. **A belépési és a kilépési életkorok ettől eltérő szabályait az egyes biztosítási fedezetekre vonatkozó, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott rendelkezések tartalmazzák.**

A biztosítási szerződés létrejöhet egy vagy több név szerint megnevezett Biztosítottra (maximálisan 9 fő, beleértve a Szerződőt is, ha ő is Biztosított), a Biztosítási csomagtól függően. A Biztosító jogosult korlátozni, hogy az egyes biztosítási csomagok hány biztosítottra köthetők meg oly módon, hogy az Online szerződéskötési felületen határozza meg a Biztosítottak maximális számát. A Biztosító azt is jogosult korlátozni, hogy adott biztosítási szerződésbe a biztosítási tartam során új biztosított bevonható-e.

Családi csomagban a név szerinti Biztosítottak maximális száma 1 fő, aki azonos kell, hogy legyen a Szerződővel. Családi csomag választása esetén egyéb, név szerint meg nem nevezett Biztosítottá válik a név szerinti Biztosított 18 és 75 év közötti házastársa, bejegyzett élettársa, illetve élettársa, valamint azok a 18. életévüket el nem érő gyermekek, akik fölött a szolgáltatás teljesítésének feltételeként akár külön-külön vagy együttesen törvényes képviselőt gyakorolnak. A házastársra, bejegyzett élettársra, élettársra vonatkozó szolgáltatások teljesítésének feltétele, hogy esetükben a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az ő lakcímet igazoló hatósági igazolványukon szereplő lakóhely (állandó lakcím) vagy tartózkodási hely megegyezzen a név szerinti Biztosított lakcímet igazoló hatósági igazolványán szereplő lakóhelyével (állandó lakcímével), továbbá, hogy a megadott életkori határoknak megfeleljen. A név szerint meg nem nevezett házastárs, bejegyzett élettárs, élettárs életkorának kiszámítása a biztosítási esemény bekövetkezése esetén: a biztosítási esemény évéből kivonva a születési évét. Gyermekek a 18. életévük betöltését megelőző nap 24:00 órájáig Biztosítottak (kilépési életkor).

A név szerint meg nem nevezett Biztosítottak esetén a Biztosítottá válásnak nem feltétele, hogy a fentiek szerinti feltételek (családi kapcsolat, azonos lakóhely, törvényes képviselő, életkori határok) a szerződés megkötésének időpontjában már fennálljanak, ezen feltételeknek a biztosítási esemény időpontjában kell teljesülniük, és azokat a Biztosító a szolgáltatás iránti igény elbírálása folyamán ellenőrzi.

A biztosítási szerződés tartama során a Családi csomagba új, név szerint megnevezett Biztosított nem vonható be.

Egy Biztosított kizárólag egy darab, a jelen Biztosítási Feltételek szerint létrejött NN Veled balesetbiztosítási szerződéssel rendelkezhet a Biztosítónál.

A Biztosító Biztosítottanként egy balesetből fedezetenként kizárólag egy NN Veled balesetbiztosítási szerződés kapcsán térít.

- 3.4. **Kedvezményezett:** az a személy, aki/amely a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatására jogosult.
- 3.5. Kedvezményezett:
- a. a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé, illetve
 - b. a Biztosított örököse, ha a szolgáltatás a Biztosított halála miatt válik esedékessé, illetve
 - c. a 3.6.b. pont szerinti Haláleseti kedvezményezett.
- 3.6. **Kedvezményezett kijelölés és módosítás esetei**
- a. A Balesetbiztosítási szerződés megkötése során nincs lehetőség a Kedvezményezett kijelölésére.
 - b. A Balesetbiztosítási szerződés fennállása alatt Kedvezményezett Szerződő általi kijelölésére kizárólag a név szerint megnevezett Biztosítottat ért azon biztosítási események vonatkozásában van lehetőség, ahol a szolgáltatás a név szerint megnevezett Biztosított halála miatt válik esedékessé (a továbbiakban Haláleseti kedvezményezett).
 - c. A Szerződő a Haláleseti kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosító székhelyére a biztosítási esemény bekövetkezése előtt beérkezett írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában és módon a kijelölését visszavonhatja, vagy a kijelölt Haláleseti kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg.
 - d. Ha nem a Biztosított a Szerződő, mindezekhez a név szerint megnevezett Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
 - e. A Haláleseti kedvezményezett kijelölés és módosítás a nyilatkozat Biztosítóhoz történő beérkezésének dátumával lesz hatályos, feltéve, ha az a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a Biztosítóhoz beérkezett. A változást a Biztosító átveteti, melyről a Szerződő részére új kötvényt állít ki.
 - f. Több Haláleseti kedvezményezett esetén százalékosan meg kell határozni a jogosultságuk arányát. Ennek hiányában a Biztosító a Haláleseti kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesíti a biztosítási szolgáltatást.
 - g. Ha a Szerződő nem azonos a név szerint megnevezett Biztosítottal, a név szerint megnevezett Biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a Haláleseti Kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben Haláleseti Kedvezményezettnek a név szerint megnevezett Biztosított örökösét kell tekinteni, aki a Szerződőnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket.
 - h. A Haláleseti kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Haláleseti Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy gazdasági társaság esetén jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben új Haláleseti kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a név szerint megnevezett Biztosított vonatkozásában Haláleseti Kedvezményezettnek a név szerint megnevezett Biztosított örököse(i)t kell tekinteni.
- 3.7. **Szerződmódosítás esetei**
- a. Ha a Balesetbiztosítási szerződést nem a név szerint megnevezett Biztosított kötötte, **a név szerint megnevezett Biztosított** a Biztosítóhoz intézett nyilatkozattal **a Balesetbiztosítási szerződésbe Szerződőként beléphet**; a belépéshez a Biztosító, illetve a Szerződő hozzájárulása nem szükséges. A

változást a Biztosító átvezeti, mely a módosítási igényt tartalmazó nyilatkozat Biztosító székhelyére történő beérkezésének dátumával lesz hatályos. A változásról a Biztosító az új Szerződő részére kötvényt állít ki.

- b. A Balesetbiztosítási szerződés létrejöttét követően a szerződésbe **a Biztosító hozzájárulásával harmadik személy is beléphet** a Biztosítóhoz intézett nyilatkozattal, feltéve, hogy a biztosítási érdek fennáll, és a **harmadik személy belépéséhez a Szerződő és a név szerint megnevezett Biztosított(ak) hozzájárult(ak)**.
- c. Szerződmódosítás esetén a szerződői jogok és kötelezettségek átszállnak az új Szerződőre. Az új Szerződő a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a korábbi Szerződővel egyetemlegesen felelős. A szerződésbe belépő új személy köteles a Szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni.
- d. A természetes személy Szerződő halála esetén a név szerint megnevezett Biztosított a Szerződő helyébe léphet, a Biztosítóhoz intézett nyilatkozattal.

3.8. Biztosítottakkal kapcsolatos rendelkezések

- a. A jelen Balesetbiztosítási szerződés hatályát a név szerint megnevezett Biztosított(ak)ra a Balesetbiztosítási szerződés megkötésekor vagy a biztosítási évfordulón lehet kiterjeszteni, feltéve, ha a Balesetbiztosítási szerződés díjjal rendezett, és a természetes személy – akire a Balesetbiztosítási szerződést kiterjeszteni kívánja – életkora megfelel a 3.3. pontban foglaltaknak. A jelen Balesetbiztosítás tartama alatt újonnan megjelölni kívánt név szerint megnevezett Biztosított(ak)ra történő kiterjesztést a Szerződőnek kell kezdeményeznie, a biztosítási évforduló előtt legalább 30 naptári nappal, a Biztosító elérhetőségein benyújtott kérelmével. A kockázatelbírálási idő 15 naptári nap. **A Biztosító jogosult a kérelmet indoklás nélkül elutasítani.**
- b. A név szerint megnevezett Biztosított(ak)ra történő kiterjesztésre vonatkozó ajánlat elfogadása esetén a Biztosító új kötvényt állít ki a Szerződő részére. Ez esetben a Biztosító kockázatviselése az új név szerint megnevezett Biztosított(ak) vonatkozásában a Balesetbiztosítás következő biztosítási évfordulójának napján 0:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy az új Biztosított(ak) vonatkozó biztosítási díj a Biztosító számlájára megérkezik. A továbbiakban a Szerződő az új Biztosított(ak) bevonása miatt emelt biztosítási díjat köteles megfizetni.
- c. A jelen Balesetbiztosítási szerződésben szereplő név szerint megnevezett Biztosított(ak) visszavonása csak biztosítási évfordulóval lehetséges. A visszavonást a Szerződő vagy az érintett Biztosított kezdeményezheti a biztosítási évforduló előtt legalább 30 naptári nappal, a Biztosító elérhetőségein benyújtott kérelmével. Ez esetben a biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosítási évfordulót megelőző nap 24:00 órakor.
- d. A név szerint megnevezett Biztosított(ak) halála a többi név szerinti Biztosított(ak) vonatkozásában a szerződés érvényességét nem érinti.

A jelen pont c) és d) bekezdésében szereplő esetekben a Biztosító a változásnak megfelelő kötvényt állít ki a Szerződő részére. Egyúttal a Balesetbiztosítási szerződés díját a visszavont vagy elhunyt Biztosított(ak)ra vonatkozó díjjal csökkenti. Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződés díjában a Biztosító kedvezményt érvényesített a név szerint megnevezett Biztosítottak száma alapján, és a módosítás eredményeképpen csak egy (1) név szerint megnevezett kedvezményezett szerepel a biztosítási szerződésben, úgy a kedvezmény megszűnik.

4. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

A biztosítási szerződés a szerződő felek között létrejött jogviszony, mely a Különös Biztosítási Feltételekben szabályozott biztosítási fedezetekből áll. A Biztosító köteles a szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújtani, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási események esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatásokat teljesíteni, amennyiben a szolgáltatás feltételei fennállnak.

4.1. A Szerződő kötelezettségei

- a. A Szerződő a biztosítási díj megfizetésére kötelezett.
- b. A biztosítási esemény bekövetkezéséig a Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítót köteles tájékoztatni.

4.2. A Szerződő és a Biztosított közlési- és változásbejelentési kötelezettsége

- a. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.
- b. A Szerződőt és a Biztosítottat közlési kötelezettség terheli mind a szerződés megkötésekor, mind a biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentésekor.
- c. A Szerződő és a Biztosított a közlési kötelezettségének úgy tesz eleget, hogy a Biztosító által feltett kérdésekre a valóságnak megfelelő válaszokat ad. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- d. A Szerződő és a név szerint megnevezett Biztosított köteles a szerződés tartama alatt a tudomásszerzéstől számított **30 naptári napon belül a Biztosító elérhetőségein bejelenteni a biztosítási ajánlat megtétele során közölt adatok megváltozását, valamint a cselekvőképességében beállott változásokat.**
- e. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- f. A változásbejelentési kötelezettséggel kapcsolatos információt tartalmazó nyilatkozatot a Biztosító akkor tekinti beérkezettnek, amikor az a székhelyére megérkezett. A változást a Biztosító átvezeti, amennyiben az átvezetéshez szükséges minden információ rendelkezésére áll.
- g. A változásbejelentési kötelezettség elmulasztásának következményei a Szerződőt, illetve a Biztosítottat terhelik.

4.3. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése

- a. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- b. Ha a biztosítási szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
- c. Amennyiben a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be a 4.3.a. pont alapján, úgy a Biztosító szolgáltatást nem teljesít. A 4.3.a. pontban meghatározott esetben a bizonyítási teher a Szerződőt, illetve adott esetben a Biztosítottat vagy a Kedvezményezettet terheli.

5. Lényeges körülmények felmerülése, megváltozása

- 5.1. Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást arról, hogy a Szerződő vagy a Biztosított tényleges életkora alapján a biztosítási szerződést nem köthette volna meg, akkor a biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése megszűnik a biztosítási ajánlat megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal, és a Biztosító a szerződésre befizetett díjakat kamatmentesen, 30 naptári napon belül visszautalja a Szerződő részére.
- 5.2. Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást arról, hogy a Szerződő nem rendelkezett a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel, és emiatt a Balesetbiztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, akkor a Biztosító kockázatviselése megszűnik a biztosítási ajánlat megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal.
- 5.3. Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást az Balesetbiztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha lényeges körülmények változását közli vele, és ezek a körülmények a Biztosító kockázattértékelése alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 naptári napon belül javaslatot tehet az Balesetbiztosítási szerződés módosítására, vagy a Balesetbiztosítási szerződést 30 naptári napra írásban felmondhatja. Ha a Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül nem válaszol, Balesetbiztosítási szerződés vagy annak a módosított javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. nap 24:00 órájkor megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.
- 5.4. A Biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt biztosítási szerződést, hogy a Szerződő nem áll semmilyen
 - az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt; vagy
 - az EU vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvény, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és a U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.
- 5.5. A Balesetbiztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan Biztosítottat, Kedvezményezettet, illetve szolgáltatásra/kifizetésre jogosult egyéb olyan személyt (a továbbiakban együttesen: kifizetésre jogosult), aki a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt áll.
- 5.6. A Balesetbiztosítási szerződés, illetve annak megfelelő része megszűnik, amennyiben a Szerződő, illetve a kifizetésre jogosult a szerződés megkötését követően az 5.4. bekezdés szerinti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben a szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás vagy a tilalom hatályba lépésének napja.
- 5.7. A Biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a kifizetésre jogosultak a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt állnak.
- 5.8. Lényeges körülménynek minősül továbbá mindaz, amire vonatkozóan a Biztosító az ajánlat megtételekor rákérdezett, így különösen a Szerződő e-mail címe, telefonszáma és a Biztosított szerződéskötéskor megadott adatai, valamint a Szerződő, illetve Biztosított cselekvőképességének megváltozása.

6. A biztosítás tartama, területi hatálya

- 6.1. A Balesetbiztosítási szerződés határozatlan időtartamra jön létre, és legfeljebb annak a biztosítási évnek az utolsó napjáig tart, amelyhez a szerződésben név szerint megjelölt, legfiatalabb Biztosított 75. születésnapja közelebb esik.
- 6.2. A Balesetbiztosítási szerződés tartama Biztosítási időszakokra oszlik. A Balesetbiztosítási szerződésre

vonatkozó Biztosítási időszak egy biztosítási év. Az első Biztosítási időszak kezdő napja a kockázatviselés kezdete, és ettől számított egy évig tart (a továbbiakban: biztosítási év).

- 6.3. A biztosítás területi hatálya az egész világra kiterjed, kivéve, ha a Különös Biztosítási Feltételek ettől eltérően rendelkeznek.

7. A szerződés létrejötte és a kockázatviselés kezdete

- 7.1. A Felek lényeges, az NN Veled balesetbiztosítási szerződés létrejöttének feltételeként határozzák meg azt, hogy **a Szerződőnek a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel kell rendelkeznie**. A Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg a biztosítási szerződést (azaz ennek hiányában a szerződést a Biztosító nem köti meg).
- 7.2. A Balesetbiztosítási szerződés a Biztosító és a Szerződő megállapodása, mely kizárólag a Biztosító által üzemeltett Online szerződéskötési felületen történő távértékesítés útján jön létre. A szerződés létrejöttét a Szerződő kezdeményezi azzal, hogy ajánlatot tesz a Biztosító részére az Online szerződéskötési felületen.
- 7.3. Az ajánlattételt követően a Biztosító 48 órán belül elektronikusan visszaigazolást küld az ajánlat megtételéről, és megküldi a biztosítási ajánlatot a Szerződő Szerződéshez regisztrált e-mail címére.
- 7.4. **Az első esedékes biztosítási díj díjelőlegként történő megfizetése feltétele a biztosítási ajánlat megtételének.**
- 7.5. **A biztosítási szerződés létrejöttét a Biztosító kockázatértékeléshez köti.** A kockázatértékelést a Biztosító a Szerződő az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló 2017. évi LII. törvény (Kit.), valamint a terrorizmus elleni küzdelem érdekében egyes személyekkel és szervezetekkel szemben hozott különleges korlátozó intézkedésekről szóló 2001. december 27-i 2580/2001/EK Rendelet (EU Tanácsa) szabályainak megfelelő szankciós listán való szűrése alapján végzi. **A kockázatértékelés eredményétől függően a Biztosító az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja. Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.**
- 7.6. A kockázatértékelés időtartama az ajánlatnak a Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 naptári nap. A Biztosítónak ezen időtartam alatt nyilatkoznia kell arról, hogy az ajánlatot elfogadja vagy elutasítja.
- 7.7. **Az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény pótolja. A Balesetbiztosítási szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre.** A kötvényt a Biztosító elektronikus úton küldi meg a Szerződőnek az ajánlatfelvétel során megadott e-mail címére, melyet a Biztosító a szerződéshez regisztrál (szerződéshez regisztrált e-mail cím).
- 7.8. A biztosítási szerződés ráutaló magatartással (hallgatólagosan) akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 naptári napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában a Biztosító Online szerződéskötési felületén, a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben a szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a Biztosítóhoz történt beérkezése időpontjára visszamenő hatállyal, a kockázatértékelési határidő elteltét követő napon jön létre. A Biztosító kockázatviselésének kezdete a 7.7. pontban foglaltak szerint alakul.
- 7.9. Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött Balesetbiztosítási szerződés eltér a jelen Biztosítási Feltételektől, a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 naptári napon belül írásban javasolhatja, hogy a szerződést a jelen Biztosítási Feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 naptári napon belül nem válaszol, akkor az elutasítástól, illetve a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül a Biztosító a Balesetbiztosítási szerződést 30 naptári napra írásban felmondhatja.
- 7.10. A Biztosító kockázatviselése a Biztosított(ak)ra a Szerződő által a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 00:00 órájkor kezdődik (a biztosítási szerződés hatályba lépésének

időpontja), feltéve, hogy a Balesetbiztosítási szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön. A kockázatviselés kezdete a biztosítási kötvényben kerül feltüntetésre. Az első esedékes biztosítási díj díjelőlegként történő megfizetése feltétele a biztosítási ajánlat megtételének.

- 7.11. A Biztosító díjhalasztást nem ad, a Szerződőnek a szerződés első díját díjelőlegként kell megfizetnie az elektronikus úton történő ajánlattétel során, az ajánlat megtételével egyidejűleg, az ajánlathoz szükséges nyilatkozatok elfogadását követően, a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 1. számú Mellékletében meghatározott módon. Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja. Amennyiben azonban nem jön létre, akkor a Biztosító azt az ajánlat elutasításának napjától számított 30 naptári napon belül kamatok nélkül fizeti vissza a Szerződő részére (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak). A Biztosító a biztosítás első díját azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.
- 7.12. A Balesetbiztosítási szerződés létrejöttét követően a szerződésbe új biztosítási fedezet nem vonható be.
- 7.13. **Amennyiben a Biztosító számára utólag kiderül, hogy ugyanazon természetes személy egy időben egyszerre több élő és érvényes NN Veled balesetbiztosítási szerződésben is Biztosítottként került megnevezésre, az utóbb kötött Balesetbiztosítási szerződés(ek) érvénytelennek minősül(nek), és a Biztosító kockázatviselése ezen érvénytelen szerződés(ek) vonatkozásában megszűnik a kockázatviselés kezdetére visszamenőlegesen. A Biztosító az érvénytelen szerződés(ek) díjával 30 naptári napon belül elszámol.**

8. Elektronikus kommunikáció

- 8.1. A Biztosító a papírmentes, gyors, megbízható, költséghatékony és környezetbarát kommunikáció érdekében a Szerződővel való kapcsolattartás során elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el (a továbbiakban: elektronikus út vagy elektronikus kommunikáció), kivéve a panaszokra adott válaszokat, mely esetben a Biztosító a Panaszkezelési Szabályzatban meghatározott módon jár el.
- 8.2. **A Felek a Balesetbiztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának lényeges feltételeként határozzák meg, hogy a Biztosító a Balesetbiztosítási szerződéssel kapcsolatban elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el. A Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg Balesetbiztosítási szerződést, azaz ennek hiányában Balesetbiztosítási szerződést a Biztosító nem köti meg. A Biztosító elektronikus kommunikációs jogának biztosítása az Balesetbiztosítási szerződés fennállásának is feltétele. Elektronikus kommunikációs csatornának minősül különösen, de nem kizárólagosan a Szerződő Szerződéshez regisztrált e-mail címére megküldött elektronikus kommunikáció a Biztosító által.**
- 8.3. Ennek megfelelően a Biztosító elektronikus kommunikáció útján küldi meg a Szerződő részére a szerződés létrejöttével és megszűnésével, a szolgáltatással és a szerződés fenntartásával kapcsolatos tájékoztatásokat, dokumentumokat, információkat (a továbbiakban dokumentum, információ, küldemény), ideértve azokat is, amelyeket a jelen Biztosítási Feltételek írnak elő, kivéve a fentiek szerinti panaszkezelési eljárást.
- 8.4. A Szerződő köteles a Biztosító részére megadni az ajánlat megtételekor az e-mail címét (Szerződéshez regisztrált e-mail cím) és telefonszámát, továbbá változásbejelentési kötelezettségként köteles annak megváltozását a Biztosító részére haladéktalanul, de legkésőbb 30 naptári napon belül bejelenteni.
- 8.5. Az elektronikus kommunikációs csatornák használata során – a biztonságos kommunikáció érdekében – a Szerződőnek gondoskodnia kell arról, hogy azokhoz illetéktelen személyek ne férjenek hozzá, különös tekintettel arra, hogy az elektronikus csatornákon közvetített információk biztosítási titkot is tartalmazhatnak. A Szerződőnek gondoskodnia kell arról is, hogy az elektronikus kommunikáció érdekében

megadott Szerződéshez regisztrált e-mail cím élő és érvényes legyen, továbbá, hogy az e-mail cím felett teljes joggal rendelkezzen, azaz a címzett dönt a létrehozásáról, törléséről, hozzáférés módjáról (eszköz, gyakoriság), valamint joga van azt ezen (magán)célra használni. A Szerződő köteles a kommunikációs csatornákat (elektronikus postafiókját) rendszeresen ellenőrizni annak érdekében, hogy a Biztosító által küldött dokumentumokat kellő időben megismerje.

- 8.6. Abban az esetben, ha a Biztosító technikai hiba, üzemzavar vagy más elháríthatatlan akadály esetén a dokumentumokat/információkat nem tudja az elektronikus kommunikációs csatornán megküldeni, úgy a Biztosító azokat a Szerződő által megadott értesítési címére, ennek hiányában állandó lakcímére, postai úton küldi meg.
- 8.7. A Biztosítót nem terheli felelősség, ha az elektronikus kommunikáció a Szerződő hibájából, vagy az érdekkörében felmerült okból kézbesíthetetlen volt, illetve, ha a Szerződő elmulasztotta bejelenteni a Szerződéshez regisztrált e-mail címének megváltozását.
- 8.8. A Biztosító a Szerződőnek a Biztosító által ismert utolsó értesítési címére, ennek hiányában állandó lakcímére levélben, vagy a Szerződéshez regisztrált e-mail címére elektronikus úton elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, elektronikus levél esetén az elküldését követő napon.
- 8.9. **A Szerződő az ajánlattétellel elfogadja a 8.2. pontban lényeges szerződési feltételként meghatározott Biztosító általi elektronikus kommunikációt. Amennyiben a Szerződő a Balesetbiztosítási szerződés teljes tartama alatt a Biztosító lényeges szerződési feltételként meghatározott elektronikus kommunikációhoz való jogát nem teszi lehetővé azáltal, hogy ezen rendelkezéstől eláll, úgy az Balesetbiztosítási szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14.3.i. pontja szerint megszűnik.**

9. A biztosítás díja

- 9.1. A Biztosító a biztosítás díját azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.
- 9.2. A Balesetbiztosítási szerződés rendszeres díjfizetésű, amelyet a Szerződő a Balesetbiztosítási szerződésben meghatározott éves, féléves, negyedéves és havi gyakorisággal fizethet, amennyiben a gyakoriság szerinti díj eléri a Biztosító által meghatározott minimális összeget. A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő határozza meg az ajánlattétel során. A biztosítás rendszeres díja a választott díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszak egészére és előre esedékes.
- 9.3. A Szerződő a tartam alatt biztosítási évente egyszer, a biztosítási évforduló előtt legalább 30 naptári nappal, a Biztosító elérhetőségeire megküldött kérelmében a következő biztosítási évtől kezdődően kérheti a díjfizetés gyakoriságának megváltoztatását. A Biztosító fenntartja a jogot, hogy a díjfizetés gyakoriság módosítására vonatkozó kérelmet elutasítsa. Amennyiben a díjfizetési gyakoriság módosítására irányuló kérelmet a Biztosító elfogadja, arról a Szerződő részére új kötvényt állít ki.
- 9.4. A fizetendő díj csak a Szerződő által választott biztosítási csomagtól, csomagmérettől, az abban aktuálisan elérhető fedezetektől, valamint a név szerint megnevezett Biztosított(ak) számától függ. Családi csomag esetén a biztosítási díj nem függ a név szerint megnevezett Biztosítottak számától. A Biztosító nem alkalmaz külön díjemelést a Biztosított(ak) korának emelkedése miatt. A Szerződő a választott biztosítási csomagra, illetve csomagméretre vonatkozó díjat fizeti meg a biztosítási szerződés megszűnéséig, amely díj csak a 10.1.b. pontban foglalt esetekben változhat.
- 9.5. A biztosítás díja forintban fizetendő.
- 9.6. A Szerződőnek a szerződés első díját jelen Általános Biztosítási Feltételek 7.4. pontjában meghatározottak szerint kell megfizetnie, tekintettel arra, hogy a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat megtételét követő nap 0:00 órájától kezdődik meg. Minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési gyakoriságnak

megfelelő időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

- 9.7. **A Balesetbiztosítási szerződés díja csak az 1. számú Mellékletben meghatározott módon fizethető.** A díjfizetéssel kapcsolatos részletes információkat az 1. számú Melléklet tartalmazza.
- 9.8. A díjfizetés módját a Szerződő a tartam alatt, a Biztosítónak megküldött kérelmében a díjfizetési gyakoriság fordulóját megelőző 30 naptári nappal megváltoztathatja az 1. számú Mellékletben foglaltaknak megfelelően.
- 9.9. **A díjfizetés aktuális módját jelen Általános Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 1. számú Melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, és ez esetben a változtatásról 30 naptári nappal megelőzően értesíti a Szerződőt a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu oldalon). A mindenkor aktuális 1. számú Melléklet a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján található. A Biztosító az 1. számú Mellékletet egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthatja:**
- új fizetési lehetőségek, módok bevezetése (az ügyféligények megváltozása által generált, a kor elvárásainak megfelelő technikai lehetőségek bevezetése), korábban alkalmazott fizetési módok megszüntetése;
 - új bankszámla nyitása, korábbi megszüntetése;
 - a közlemény rovat tartalmának módosítása (a befizetés technikai, a belső feldolgozási folyamatok változása miatt esetlegesen szükségessé váló módosításai);
 - fizetési szolgáltató változása.
- 9.10. A biztosítás díja a tartam végéig fizetendő. Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződés biztosítási esemény miatt szűnik meg, a Biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. A Balesetbiztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.
- 9.11. Amennyiben a Szerződő a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő aktuális rendszeres díjat az esedékességet megelőzően a Balesetbiztosítási szerződésre beazonosítható módon befizeti, a Biztosító az így megfizetett díjat az esedékesség időpontjáig kamatmentes díjelőlegként kezeli. A díjesedékességkor a Biztosító ezt a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja.
- 9.12. A Balesetbiztosítási szerződés megszűnésének eseteiben történő túlfizetéssel keletkezett díjakat a Biztosító 30 naptári napon belül kamatok nélkül fizeti vissza a Szerződő részére (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak).

10. Biztosítási díj változása, díjkezdvezmények

10.1. Biztosítási díj változása

- a. A jelen biztosítás díja változó, a biztosítási szerződés megkötésekor hatályos kezdeti díj a biztosítás első biztosítási évre érvényes.
- b. A biztosítási díj az alábbiak következtében változik:
 - a jelen Biztosítási Feltételek 11. pontjában meghatározott automatikus és opcionális díjnövelés következtében,
 - a név szerint megnevezett Biztosítottak számának változásával,
 - egyes biztosítási fedezeteknek a Különös Biztosítási Feltételekben leírt, az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő megszűnése esetén a 10.3. pont szerint,
 - a jelen Biztosítási Feltételek 10.2. pontja szerinti díjkezdvezmények változása következtében.

10.2. Alkalmazható díjkezdvezmények

- a. **A Biztosító saját elhatározása alapján üzleti/pénzügyi eredményeit, stratégiai célkitűzéseit figyelembe véve díjkezdvezményt adhat, ami a biztosítás díjában érvényesítésre kerül. A díjkezdvezmény egy biztosítási évre érvényes. Az első biztosítási évre vonatkozó díjkezdvezményt a biztosítási kötvény tartalmazza.**
- b. **A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy üzleti/pénzügyi eredményeit, stratégiai célkitűzéseit figyelembe véve a díjkezdvezményt a következő biztosítási évre vonatkozóan egyoldalúan határozza meg. A következő biztosítási évre érvényes díjkezdvezményről a Biztosító legkésőbb 30 naptári nappal a biztosítás évfordulója előtt írásban értesíti a Szerződőt.**
- c. A díjkezdvezmény mértéke adott biztosítási évre vonatkozóan akár 0 is lehet.
- d. **A Biztosító többféle díjkezdvezményt is alkalmazhat, saját elhatározása alapján üzleti/pénzügyi eredményeit, stratégiai célkitűzéseit figyelembe véve határozhatja meg, hogy a díjkezdvezmény nyújtását milyen feltételek fennállásához köti. Adott szerződés esetében – ha alkalmazásra került – az alkalmazott díjkezdvezmény típusát a biztosítási kötvény tartalmazza.**

10.3. Biztosítási díj változása biztosítási fedezet megszűnése esetén

- a. Az Általános Biztosítási Feltételek 14.4. e. pontjában meghatározott esetben a Biztosító az adott név szerint megjelölt Biztosított vonatkozásában a megszűnő biztosítási fedezetre vonatkozó díjrésszel csökkenti a Balesetbiztosítási szerződés fizetendő díját. A Biztosító a változásról a Szerződőt a Szerződéshez regisztrált e-mail címére küldött értesítéssel tájékoztatja.

11. Automatikus és opcionális díjnövelés

11.1. Automatikus díjnövelés

- a. A Biztosító a tartam alatt (költség felszámítása és kockázatelbírálás nélkül) lehetőséget ad a Szerződőnek arra, hogy a biztosítás rendszeres díját, és ezen keresztül az egyes biztosítási fedezetek biztosítási összegét biztosítási évente megnövelje, és ezzel az árszínvonal változásához hozzáigazítsa.
- b. Minden egyes díjnövekmény a biztosítási összeg(ek) emelkedését eredményezi. A biztosítási összeg(ek) emelkedésének kiszámítása során a Biztosító a név szerint megnevezett Biztosított(ak) aktuális életkorát veszi figyelembe. A biztosítási díj és a biztosítási összeg nem feltétlenül emelkedik azonos mértékben.

- c. Az automatikus díjnövelésre minden évben, a biztosítási évfordulón van lehetőség. Az emelés mértékéről és az egyes fedezetek biztosítási összegének növekedéséről a Biztosító legkésőbb 30 naptári nappal a biztosítás évfordulója előtt írásban értesíti a Szerződőt. A Szerződőnek jogában áll a díjnövelést visszautasítani a Biztosító elérhetőségeire küldött nyilatkozattal, ha azonban ezt a biztosítási évfordulóig nem teszi meg, a Biztosító a megnövelt díjat tekinti érvényesnek.
- d. A díjnövelés mértékét a Biztosító minden évben a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett inflációs ráta 100%-ában állapítja meg. Amennyiben a biztosítás évfordulója július 2. és december 31. napja közé esik, az értesítés a megelőző év inflációs rátájához, amennyiben a biztosítás évfordulója január 1. és július 1. napja közé esik, az értesítés a megelőző év előtti év inflációs rátájához igazodó díjnövelési lehetőséget tartalmazza. Ha az inflációs ráta mértéke nem éri el az 5%-ot, a Biztosító 5%-os díjnövelési lehetőséget kínál fel.

11.2. Opcionális díjnövelés

A Biztosító az automatikus díjnövelésen felül, opcionális díjnövelési lehetősége(ke)t ajánlhat fel a Szerződő részére a jelen pontban meghatározott feltételekkel. Opcionális díjnövelést jelent az is, ha a Biztosító a fedezet(ek) biztosítási összegének emelésére tesz ajánlatot, mely esetben a díjnövelés mértékét a Biztosító a biztosítási összeg(ek) növekménye alapján számítja ki. Az opcionális díjnövelés feltételei:

- a. Az opcionális díjnövelésre a biztosítási évfordulón van lehetőség.
- b. Az opcionális díjnövekmény a fedezet(ek) biztosítási összegének emelkedését eredményezi. A biztosítási összeg(ek) emelkedésének kiszámítása során a Biztosító a név szerint megnevezett Biztosított(ak) aktuális életkorát veszi figyelembe. A biztosítási díj és a biztosítási összeg nem feltétlenül emelkedik azonos mértékben.
- c. A Biztosító többféle díjnövelési opciót ajánlhat fel, melyek közül a Szerződő jogosult választani, amennyiben élni kíván opcionális díjnövelési lehetőséggel.
- d. Az opcionális díjnövelési lehetőség csak akkor érvényesíthető, ha a Szerződő az automatikus díjnövelést nem utasítja el.
- e. Az opcionális díjnövelés a Szerződő elfogadó nyilatkozatához kötött, melyet a Biztosító elérhetőségeire küldött nyilatkozattal tehet meg.
- f. Amennyiben a Szerződő nem értesíti a Biztosítót a választott opcionális díjnövelés elfogadásáról vagy az automatikus díjnövelés elutasításáról, akkor az évfordulótól a szerződés díja az automatikus díjnövelés mértékével emelkedik.
- g. A Szerződő által kiválasztott opcionális díjemelés akkor lép érvénybe a biztosítási évfordulóval, amennyiben: a Szerződés a biztosítási évfordulón élő, nincs benyújtva igény a teljes szerződés megszüntetésére, továbbá biztosítási szolgáltatásra, beleértve az évforduló előtt bekövetkező, de az évforduló utáni, utólagos bejelentési dátumú biztosítási szolgáltatásokat is. Ez utóbbi esetben a Biztosító visszaállítja a szerződés díját és a biztosítási fedezet(ek) biztosítási összegét az évfordulón fennálló, opcionális díjnövelés előtti állapotra.

12. Fizetési késedelem

- 12.1. Ha a Szerződő az esedékes rendszeres biztosítási díjat a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 1. számú Mellékletében meghatározott módon nem fizeti meg, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – felszólítást küld a Szerződő Szerződéshez regisztrált e-mail címére, amelyben 30 naptári napos póthatáridőt tűz ki a teljesítésre. A 30 naptári napos póthatáridőt a felszólítás elküldésének időpontjától kell számítani. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenőleges hatállyal megszűnik. A Biztosító kockázatviselése ebben az esetben az első elmaradt rendszeres díj esedékességi napjának 00:00 órájára visszamenő hatállyal megszűnik. A Biztosító a

szerződés megszűnéséről elektronikus úton tájékoztatja a Szerződőt a Szerződéshez regisztrált e-mail címére küldött levélben.

- 12.2. **Amennyiben a díjfizetési késedelem tartama alatt olyan biztosítási esemény következik be, amely a biztosítási szerződést nem szünteti meg, a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni a biztosítási esemény bekövetkezéséig esedékessé vált összes elmaradt díjat.**

13. Reaktiválás (a biztosítási szerződés újra érvénybe léptetése)

- 13.1. Ha a Balesetbiztosítási szerződés a rendszeres díjfizetés elmulasztása következtében szűnt meg, a Szerződő fél a megszűnés napjától számított 120 naptári napon belül kérheti a Biztosító elérhetőségein a Biztosítót a szerződés helyreállítására. A Biztosító a Balesetbiztosítási szerződést – amennyiben erre lehetőség van, figyelembe véve az egyes fedezetek életkori korlátait – az eredeti tartalommal, a megszűnt szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy a teljes, reaktiválás időpontjáig elmaradt biztosítási díjakat a Szerződő a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú Mellékletében meghatározott módon, formában és határidőre megfizeti. **A Biztosító – a teljes, reaktiválás időpontjáig elmaradt biztosítási díjak megfizetése esetén is – jogosult a reaktiválást indoklás nélkül, a reaktiválási kérelem beérkezésétől számított 30 naptári napon belül elutasítani,** amelyről elektronikus úton értesíti a Szerződőt, továbbá a befizetett díjat visszautalja. Amennyiben a Biztosító a reaktiválást elfogadja, vagy a reaktiválási kérelem beérkezésétől számított 30 naptári napon belül nem nyilatkozik, úgy a kockázatviselés a teljes díjhátralék Biztosító számlájára történő beérkezését követő nap 00:00 órájakor újra kezdődik.
- 13.2. Reaktiválás esetén a díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás az eredeti tartalommal és összeggel lép újra hatályba.
- 13.3. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés megszűnésének napjától a teljes díjhátralék Biztosító számlájára történő beérkezését követő nap 00:00 órájáig tartó időszakra.**

14. A biztosítási szerződés és a kockázatviselés megszűnésének esetei

- 14.1. **A Szerződő különös felmondási joga**

A Szerződőnek lehetősége van a jelen Általános Biztosítási Feltételek alapján a kötvény elektronikus úton történő kiküldésétől számított 14 naptári napon belül indoklás nélkül, azonnali hatállyal felmondani a biztosítási szerződést

- a www.nn.hu/ugyintezes/uzenet oldalon elérhető online, azonnali hatályú felmondási funkció használatával, vagy
- a Biztosító elérhetőségein.

A különös felmondási jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a Szerződő, mint fogyasztó az erre vonatkozó nyilatkozatát a Biztosítónak a fenti elérhetőségeire a határidő lejárta előtt megteszi, vagy postára adja.

Amennyiben a Szerződő azonnali hatályú felmondásról szóló nyilatkozata a fenti határidőn belül megtörténik, és az a Biztosítóhoz megérkezik, a Balesetbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése az ajánlat megtételének napját követő nap 00:00 órájára visszamenőlegesen megszűnik valamennyi Biztosítottra vonatkozóan. A szerződésre addig már befizetett díjakat a Biztosító visszafizeti a Szerződő részére a jelen Biztosítási Feltételek 9.12. pontja szerinti módon.

Amennyiben a Szerződő a különös felmondási jogát a megadott határidőn belül elmulasztotta érvényesíteni, a 14.2.a. pont szerint szüntetheti meg szerződését.

14.2. A Balesetbiztosítási szerződés rendes felmondása

- a. A Balesetbiztosítási szerződést a Szerződő a biztosítási év végére – legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 naptári nappal – felmondhatja
 - www.nn.hu/ugyintezes/uzenet oldalon elérhető online felmondási funkció használatával vagy
 - a Biztosító elérhetőségein.
- b. A Balesetbiztosítási szerződést a Biztosító a Szerződőhöz intézett és a szerződéshez regisztrált e-mail címére küldött nyilatkozattal a biztosítási évforduló napjával – legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 naptári nappal felmondhatja.

A rendes felmondás 14.2. a-b. pontjában foglalt esetben a Balesetbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése megszűnik az adott biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor.

- c. A Biztosító felmondhatja a Balesetbiztosítási szerződést a Balesetbiztosítási szerződést érintő lényeges körülmények megváltozása, illetve a közlési- és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.1., 5.2. és 5.3. pontjában foglaltak szerint.

14.3. A szerződés megszűnésének esetei

A Balesetbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése megszűnik valamennyi Biztosított vonatkozásában az alábbi esetekben:

- a. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.1. pontjában foglaltak szerint, ha a Szerződő vagy a név szerint megnevezett Biztosított tényleges életkora alapján a Balesetbiztosítási szerződést nem köthette volna meg, akkor a Balesetbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése megszűnik a biztosítási ajánlat megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal;
- b. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.2. pontjában foglaltak szerint, ha a Szerződő nem rendelkezett a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel, és emiatt a Balesetbiztosítási szerződés nem jöhetett volna létre, akkor a Biztosító kockázatviselése megszűnik a biztosítási ajánlat megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal;
- c. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.3. pontjában foglaltak szerint, ha a Biztosító a felmerült lényeges körülmények változása miatt a Balesetbiztosítási szerződést 30 naptári nappal írásban felmondja, akkor a felmondás közlésétől számított 30. naptári napon 24:00 órakor,
- d. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.3. pontjában foglaltak szerint, ha a Szerződő a felmerült lényeges körülmények változása miatti Biztosítói módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra nem válaszol, akkor a módosító javaslat közlésétől számított 30. naptári nap 24:00 órájkor;
- e. amennyiben a Szerződő vagy a kifizetésre jogosult a jelen Általános Biztosítási Feltételek 5.6. pontjában foglaltak szerinti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alá kerül, Balesetbiztosítási szerződés megszűnik a szankció, a korlátozás vagy a tilalom hatályba lépésének napján 24:00 órakor;
- f. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.1. pontjában foglaltak szerint azon biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor, amelyhez a Balesetbiztosítási szerződés egyetlen vagy a szerződésben név szerint megjelölt legfiatalabb Biztosított 75. születésnapja közelebb esik;
- g. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7.9. pontjában foglaltak szerint, ha a Biztosító módosító javaslatát a Szerződő nem fogadja el, vagy arra 15 naptári napon belül nem válaszol, a Biztosító felmondása esetén a felmondás közlésétől számított 30. naptári napon 24:00 órakor;
- h. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7.13. pontjában meghatározott esetben az utóbb kötött Balesetbiztosítási szerződés(ek) megszűnnek a biztosítási ajánlat megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal;

- i. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.9. pontjában foglaltak szerint amennyiben a Szerződő eláll az elektronikus kommunikációtól, az erről szóló nyilatkozat beérkezése napján 24:00 órakor;
- j. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 12.1. pontjában foglaltak szerint fizetési késedelem esetén az elmaradt rendszeres díj esedékességére visszamenő hatállyal;
- k. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14.1. pontjában foglaltak szerint a Szerződő 14 naptári napon belüli azonnali hatályú felmondása esetén a biztosítási ajánlat megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal;
- l. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14.2. pontjában foglaltak szerint, akár a Szerződő, akár a Biztosító évfordulóra történő felmondása esetén az adott biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor;
- m. amennyiben a Balesetbiztosítási szerződésben egyetlen név szerint megnevezett Biztosított van, a szerződés megszűnik az ő halálával a halál időpontjában;
- n. több biztosítottra kötött szerződés esetén az összes név szerint megnevezett Biztosítottnak a szerződésből történő kilépésről szóló nyilatkozataival a Balesetbiztosítási szerződés megszűnik annak a biztosítási évnek az utolsó napján 24:00 órakor, amely biztosítási évben az utolsó név szerint megnevezett Biztosítottnak a kilépésre irányuló nyilatkozata a Biztosítóhoz beérkezett.

14.4. Az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

A Biztosító kockázatviselése adott név szerint megnevezett Biztosított vonatkozásában megszűnik

- a. a Biztosított halálával, a halál időpontjában,
- b. a jelen Általános Biztosítási Feltételek 3.3. pontjában meghatározottaknak megfelelően, azon biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor, amelyhez az adott Biztosított 75. születésnapja közelebb esik,
- c. a Biztosítottnak – amennyiben nem ő a Szerződő – a 3.8.c. pont szerinti Balesetbiztosítási szerződésből való kilépéséről tett nyilatkozatával
 - i) amennyiben a Biztosított erre irányuló kérelme az évforduló előtt legalább 30 naptári nappal beérkezik a Biztosítóhoz annak a biztosítási évnek az utolsó napján 24:00 órakor, amely biztosítási évben a kilépésre irányuló nyilatkozat a Biztosítóhoz beérkezett,
 - ii) amennyiben a Biztosított erre irányuló kérelme az évforduló előtt kevesebb, mint 30 naptári nappal érkezik be a Biztosítóhoz, akkor a következő biztosítási évnek az utolsó napján 24:00 órakor,
- d. Családi csomag választása esetén a 18 év alatti, név szerint meg nem nevezett Biztosított(ak) 18. életévének betöltését megelőző napon 24:00 órakor.
- e. **Egyes fedezetek esetén a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott, „A fedezetnek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő megszűnése” szakaszban taglalt módon és időben.**

15. Biztosítási esemény, biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége

Az NN Veled balesetbiztosítás biztosítási eseményeit és szolgáltatásait a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

- 15.1. A Biztosító a biztosítási szerződés alapján, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezésekor az ott meghatározott szolgáltatás teljesítésére köteles, amennyiben annak feltételei fennállnak.
- 15.2. **A biztosítási esemény bekövetkezését a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy a Kedvezményezettnek a biztosítási esemény bekövetkezését követő 30 naptári napon, de legkésőbb az elévülési időn belül kell bejelentenie a Biztosító elérhetőségein.**
Az igény benyújtásának elősegítésére a Biztosító a mindenkor hivatalos honlapján (jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor www.nn.hu) igénybejelentő nyomtatványt tesz közzé.
- 15.3. A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumokat, melyeket a jelen Biztosítási Feltételek 2. számú Melléklete tartalmaz, a biztosítási esemény bejelentésével egyidejűleg kell megküldeni a Biztosító részére. Amennyiben a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett a szolgáltatás iránti igény bejelentésével egyidejűleg az elbíráláshoz szükséges összes dokumentumot nem küldi meg, akkor a Biztosító 30 naptári napon belül írásban felkéri az érintett feleket a szükséges, hiányzó dokumentumok pótlására, amelyeket tételesen meg is jelöl. Amennyiben a hiánypótlásra a levél kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül nem kerül sor, vagy a kért dokumentumokat újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt, illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el. Amennyiben a rendelkezésre álló információk és dokumentumok alapján a szolgáltatásra való jogosultság eldönthető, úgy a Biztosító elbírálja a szolgáltatási igényt. Amennyiben a rendelkezésre álló információk és dokumentumok alapján a szolgáltatásra való jogosultság és/vagy a szolgáltatás mértéke nem meghatározható, úgy a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasítja azzal, hogy amennyiben az elutasítást követően, de még az elévülési időn belül a kért dokumentumok pótlásra kerülnek, a Biztosító az igénybejelentés elbírálását folytatja.
- Amennyiben a már folyamatban lévő elbírálás során a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett tudomására jutnak új tények, információk, úgy azokat a tudomásszerzésüket, illetve a rendelkezésre állásukat követő 15 naptári napon belül kell a Biztosító részére megadniuk, és az erre vonatkozó dokumentációt megküldeniük. A Szerződőnek, a Biztosítottnak, illetve a Kedvezményezettnek lehetővé kell tennie a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését a Biztosítónak a folyamatban lévő elbírálás során bármikor megtett kérelmére.
- 15.4. **A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezését a 15.2. pontban megállapított határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a 15.3. pontban meghatározottak szerint a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik. Amennyiben a Biztosító a fentiek szerint mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, a Biztosító szolgáltatást nem teljesít.**
- 15.5. **A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat jelen Általános Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú Melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, és ez esetben a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a www.nn.hu oldalon) értesíti a Szerződőt, a változtatást megelőzően 30 naptári nappal. A Biztosító a 2. számú Mellékletet egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthatja: jogszabályi előírások módosulása, az orvostudomány fejlődése, technikai fejlődés, új termékek bevezetése, a Biztosító szolgáltatás iránti igény elbírálási folyamatának változása, a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.**

- 15.6. **A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.**
- 15.7. A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.
- 15.8. Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerzés és tudakozódás költsége, amely a biztosítási esemény tisztázásához nem volt szükséges, a Biztosítót terheli.
- 15.9. **A Biztosító szolgáltatásának teljesítése a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú Mellékletében meghatározott valamennyi olyan dokumentumnak, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges, a Biztosítóhoz való beérkezése után 30 naptári napon belül történik.**
- 15.10. **A Biztosító jogosult a jelen Általános Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú Mellékletében meghatározott valamennyi dokumentumot eredeti példányban bekérni, amennyiben az elektronikus másolat alapján a dokumentum hitelességével kapcsolatban kérdés merül fel, vagy amennyiben az nem olvasható.**
- 15.11. Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel összefüggésben hatósági vagy bírósági eljárás indult, illetve a Szerződő, Biztosított vagy Kedvezményezett által benyújtott dokumentumok alapján nem állapítható meg a szolgáltatásra való jogosultság vagy annak mértéke, és szükséges a mentesülési okok vagy kockázatkizárások vizsgálata, a Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához az eljáró hatóságtól, bíróságtól bekérheti az eljárás során keletkezett iratokat és az eljárást lezáró határozatot (különösen az eljárást megszüntető vagy jogerős bírósági határozatot). A dokumentumok benyújtására a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett is jogosult. A Biztosító kizárólag akkor kéri be a büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős határozatát, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll. A Biztosító általi iratbekérés feltétele, hogy a Szerződő, a Biztosított vagy a Kedvezményezett az általános együttműködési kötelezettségük keretében megadja a hatósági, illetve bírósági eljárás azonosításához szükséges adatokat.
- 15.12. **Ha a biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosítási szerződés megszűnik, a Biztosító annak a biztosítási időszaknak az utolsó napjáig járó díj megfizetését követelheti, amelyben a kockázatviselés véget ért. A Biztosító ez esetben jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni a biztosítási időszak végéig járó biztosítási díjat, amennyiben az még nem került megfizetésre.**
- 15.13. A Biztosító a biztosítási szerződés alapján történő bármilyen kifizetés esetén a fizetendő összegből levonja mindazon közterhek összegét (pl. járulék, hozzájárulás stb.), amelyeket a hatályos jogszabályok szerint a Biztosító, mint kifizető köteles megfizetni, illetve a magánszemélytől levonni és megfizetni.
- 15.14. A Biztosító a kifizetést banki utalással teljesíti a Kedvezményezett bankszámlájára.

16. Kármegelőzés és kárenyhítés

- 16.1. **A Szerződő és a Biztosított(ak) a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást kötelesek tanúsítani.** A Szerződő és a Biztosított(ak) a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint kötelesek a kárt enyhíteni.
- 16.2. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a Biztosító szolgáltatásának elbírálása, megállapítása szempontjából.

17. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

- 17.1. A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.
- 17.2. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítja, hogy a Különös Biztosítási Feltételekben foglalt baleseti fedezetek vonatkozásában a biztosítási eseményt a Szerződő vagy a Biztosított, illetve a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy a Biztosítási Feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.
- 17.3. A 17.1. és 17.2. pontokban meghatározott rendelkezéseket a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.
- 17.4. A Biztosító mentesülésének egyéb eseteit a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

18. Kizárások

18.1. Extrém sporttevékenységhez kötődő kockázat és kockázatkizárás

A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a biztosítási esemény extrém sporttevékenység végzése során következik be.

18.2. Foglalkozáshoz kötődő kockázat és kockázatkizárás

- A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a biztosítási esemény veszélyes foglalkozás végzése során következik be. A veszélyes foglalkozás fogalmán a jelen Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.
- A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a biztosítási esemény a Biztosított olyan foglalkozás végzése során következik be, ahol a Biztosított robbanószerrel, robbanóanyaggal dolgozik.
- A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve, egészében vagy részben bármely katonai, félkatonai vagy rendőrségi (rendészeti) szervezetnél folytatott aktív szolgálat alatt bekövetkezett balesettel van összefüggésben. Aktív katonai, félkatonai, rendőrségi szolgálatnak azokat az időszakokat/tevékenységeket tekintjük, amikor a Biztosított az ilyen testületnél kifejezetten fegyveres, rendvédelmi vagy más olyan tevékenységet végez, amelyet jogszabály alapján kizárólag ilyen szervezet végezhet. Így azon Biztosítottak, akik katonai, félkatonai vagy rendőrségi szervezetnél dolgoznak, de a munkakörük során nem végeznek a fenti körbe tartozó feladatot (irodai munkák, igazgatási, oktatási, egészségügyi területek, szakértői tevékenységek), azoknál ez a kizárás nem érvényesül.

18.3. Versenyhez kötődő kockázat és kockázatkizárás

- A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járművel, országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következik be.
- A Biztosító a fentieken túl nem viseli a kockázatot, amennyiben a biztosítási esemény olyan szervezett vagy engedélyezett versenyeken, vagy azokra való felkészülés (edzés) során következik be, amely sportág(ak)ban a Biztosított hivatásos, igazolt sportoló.

18.4. Repülési kockázat és kockázatkizárás

- a. A Biztosító a teljes kockázatot viseli, ha a biztosítási esemény a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt.
- b. **A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete egyéb jellegű repülő tevékenység (ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, siklóernyőzés, sportrepülés, mezőgazdasági repülés, motor nélküli vagy segédmotoros vitorlázó repülőgéppel történő repülés) során következik be.**

18.5. Egyéb kockázatkizárások

- a. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – közvetlenül összefüggésben áll:**
 - harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel;
 - felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal;
 - munkahelyi rendbontással, tüntetéssel, felvonulással, sztrájkokkal, kivéve, ha a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonuláson, sztrájkon való jogszerű részvétel történt, és ha a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;
 - radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést.

Harci eseménynek minősül a háború, polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, idegen ország korlátozott célú hadi cselekményei (pl. csak légicsapás, vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.
- b. **A kockázatkizárások egyéb eseteit a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.**

18.6. A Biztosító szolgáltatása kockázatkizárás esetén

Amennyiben a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn, a Biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít.

19. Jognyilatkozatok, a Biztosításközvetítő ügynök jogállása

- 19.1. **A Biztosításközvetítő szerződéskötésre nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. A Biztosításközvetítő a Biztosító nevében jognyilatkozatot nem tehet. Amennyiben a Biztosításközvetítő tudomást szerzett egy adott tényről, az nem jelenti azt, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla.**

A Biztosításközvetítő nem jogosult az ügyféltől díjat, díjelőleget átvenni, és nem jogosult a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen átvenni.

- 19.2. A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket kizárólag akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat a Biztosító elérhetőségein juttatták el a Biztosítóhoz.

20. A személyes adatok kezelésére vonatkozó tudnivalók

A jelen Általános Biztosítási Feltételek részét képező, a biztosítási szerződésekre vonatkozó mindenkor hatályos adatvédelmi tájékoztatóban (a továbbiakban: Biztosítási adatvédelmi tájékoztató) kerültek meghatározásra a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, amelyeket a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően 30 naptári nappal, vagy ha a jogszabálmódosítás hatálybalépése ezt nem teszi lehetővé, akkor a jogszabály hatálybalépését követő 30 naptári napon belül a honlapján értesíti a Szerződőt. **A Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóban történt változásokkal kapcsolatban a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a www.nn.hu oldalon) elérhető, a mindenkor aktuális Biztosítási adatvédelmi tájékoztató az irányadó.**

21. Elévülés

A biztosításból eredő igények elévülési ideje **5 év**. Az elévülési idő alatt a nem kifizetett szolgáltatási összeget a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

22. Egyéb rendelkezések, panaszbejelentés és a jogviták rendezése

- 22.1. A biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.
- 22.2. A panaszbejelentésre a Kiegészítő ügyfél-tájékoztatóban és a Panaszkezelési Szabályzatban foglaltak az irányadók.
- 22.3. A felek jogvita esetén a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (Pp.) általános szabályai szerint illetékességgel és hatáskörrel rendelkező bírósághoz fordulnak.

II. Különös Biztosítási Feltételek

23. Általános rendelkezések

- 23.1. A jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglalt rendelkezések a Biztosító Általános Biztosítási Feltételeivel együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító NN Veled balesetbiztosítás szerződésének feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a Különös Biztosítási Feltételekre és az Általános Biztosítási Feltételekre hivatkozva kötötték meg. A Különös Biztosítási Feltételek és az Általános Biztosítási Feltételek eltérése esetén a Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadók. Az Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
- 23.2. Az NN Veled balesetbiztosítás célja, hogy a jelen Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott baleseti eredetű biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésével szolgáltatást nyújtson a Kedvezményezett részére.

24. Baleseti halál

Biztosítási esemény	A Biztosított olyan baleseti eredetű halála , amely az adott Biztosítotttra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesettel ok-okozati összefüggésben áll , és a Biztosított halála a baleset időpontjától számított 1 éven belül bekövetkezik (a továbbiakban: balesetből eredő elhalálozás). A balesetnek és az elhalálozásnak is az adott Biztosítotttra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kell bekövetkeznie.
Biztosítási esemény időpontja	A baleset miatti elhalálozás időpontja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában érvényes Baleseti halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek.
A mentesülés és kizárás esetei	A mentesülés eseteit, valamint azokat az eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

25. Közlekedési baleseti halál

Biztosítási esemény	A Biztosított olyan baleseti eredetű halála, amely az adott Biztosítotttra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező közlekedési balesettel ok-okozati összefüggésben áll , és a Biztosított halála a közlekedési baleset időpontjától számított 1 éven belül bekövetkezik (a továbbiakban: Közlekedési balesetből eredő halál). A közlekedési balesetnek és az elhalálozásnak is az adott Biztosítotttra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kell bekövetkeznie.
Biztosítási esemény időpontja	A közlekedési baleset miatti elhalálozás időpontja.

Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában érvényes Közlekedési baleseti halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek. Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződésben a Biztosított érvényes Baleseti halálra vonatkozó fedezettel is rendelkezett a Biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik.
A mentesülés és kizárás esetei	A mentesülés eseteit, valamint azokat az eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset, illetve közlekedési baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

26. Baleseti maradandó egészségkárosodás

A Biztosító kockázatviselése és szolgáltatása kizárólag a jelen Különös Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező Függelékben tételesen meghatározott baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra terjed ki.

Biztosítási esemény	A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesettel ok-okozati összefüggésben álló, a baleset időpontjától számított 2 éven belül bekövetkező, a jelen Különös Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező Függelékben kifejezetten és tételesen meghatározott súlyos és maradandó egészségkárosodása (a továbbiakban: baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás). Jelen fedezet vonatkozásában a balesetnek az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kell bekövetkeznie. Jelen fedezet szempontjából azon egészségkárosodás minősül maradandónak, melynél az adott Biztosított állapota orvosilag kialakult, és abban állapotjavulás már nem várható.
Biztosítási esemény időpontja	A baleset időpontja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén amennyiben a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték • 1-19% között van, akkor egyszeri összegű 100 000 Ft-ot, • 20%-os, vagy azt meghaladó értékű, akkor a baleset időpontjában aktuális Baleseti maradandó egészségkárosodásra szóló biztosítási összegnek a Függelékben tételesen meghatározott, a bekövetkezett maradandó egészségkárosodásnál a szolgáltatás alapjaként meghatározott százalékát fizeti ki a Biztosító a Kedvezményezettnek. A meghatározott egyszeri összegű 100 000 Ft-os szolgáltatás értékét a Biztosító határozza meg a szerződés megkötésekor, és arra az Általános Biztosítási Feltételek 11. pontjában meghatározott automatikus és opcionális díjnövelési lehetőség nem vonatkozik.

	Egy balesetből kifolyólag a Biztosító a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték alapján maximum a 100%-nak megfelelő értéket veszi figyelembe. Amennyiben a Biztosított egy balesetből eredően több, a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodást is elszenved, akkor a Biztosító ezek közül csak egyre nyújt szolgáltatást: az ezekhez rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek közül a legmagasabbra. Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből kifolyólag további maradandó egészségkárosodást állapítanak meg, és az ehhez tartozó százalékos érték a Függelékben magasabb, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a további szolgáltatás alapja a két százalékos érték különbözete. Amennyiben az adott Biztosított vonatkozásában az egy balesetből eredő, a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték nem éri el a 100%-ot, akkor a jelen fedezet az adott Biztosított vonatkozásában továbbra is érvényben marad. A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, amíg a biztosítás teljes tartama alatt akár több balesetből eredő, a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a különböző időpontban bekövetkezett biztosítási események szolgáltatási alapját képező százalékos értékek együttesen el nem érik a 100%-ot. Az utolsó balesetből eredő százalékos értéket a Biztosító oly mértékben veszi figyelembe, hogy a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen nem haladhatják meg a 100%-ot. A Biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultságot addig nem ítéli meg, amíg a végleges, orvosiilag kialakultnak tekinthető egészségkárosodás – melynél állapotjavulás már nem várható – adott Biztosított vonatkozásában nem alakult ki.
A fedezetnek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő megszűnése	Amennyiben a Biztosított vonatkozásában, a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen eléri a 100%-ot, a jelen fedezet az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik az utolsó bekövetkezett biztosítási esemény napján.
A mentesülés és kizárás esetei	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdetét megelőzően bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv baleset által okozott állapotromlására. A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

27. Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás

A Biztosító kockázatviselése és szolgáltatása kizárólag a jelen Különös Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező Függelékben tételesen meghatározott közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra terjed ki.

Biztosítási esemény	A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező közlekedési balesettel ok-okozati összefüggésben álló, a közlekedési baleset időpontjától számított 2 éven belül bekövetkező, a jelen Különös Biztosítási Feltételek elválaszthatatlan részét képező Függelékben kifejezetten és tételesen meghatározott súlyos és maradandó egészségkárosodása (a továbbiakban: baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás). Jelen fedezet vonatkozásában a közlekedési balesetnek az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kell bekövetkeznie. Jelen fedezet szempontjából azon egészségkárosodás minősül maradandónak, melynél az adott Biztosított állapota orvosilag kialakult, és abban állapotjavulás már nem várható.
Biztosítási esemény időpontja	A közlekedési baleset időpontja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén amennyiben a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték • 1-19% között van, akkor egyszeri összegű 100 000 Ft-ot, • 20%-os, vagy azt meghaladó értékű, akkor a közlekedési baleset időpontjában aktuális Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodásra szóló biztosítási összegnek a Függelékben tételesen meghatározott, a bekövetkezett maradandó egészségkárosodásnál a szolgáltatás alapjaként meghatározott százalékát fizeti ki a Biztosító a Kedvezményezettnek. A meghatározott egyszeri összegű 100 000 Ft-os szolgáltatás értékét a Biztosító határozza meg a szerződés megkötésekor, és arra az Általános Biztosítási Feltételek 11. pontjában meghatározott automatikus és opcionális díjnövelési lehetőség nem vonatkozik. Egy közlekedési balesetből kifolyólag a Biztosító a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték alapján maximum a 100%-nak megfelelő értéket veszi figyelembe. Amennyiben a Biztosított egy közlekedési balesetből eredően több, a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodást is elszenved, akkor a Biztosító ezek közül csak egyre nyújt szolgáltatást: az ezekhez rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek közül a legmagasabbra. Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon közlekedési balesetből kifolyólag további maradandó egészségkárosodást állapítanak meg, és az ehhez tartozó százalékos érték a Függelékben magasabb, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a további szolgáltatás alapja a két százalékos érték különbözete. Amennyiben az adott Biztosított vonatkozásában az egy közlekedési balesetből eredő, a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodáshoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos érték nem éri el a 100%-ot, akkor a jelen fedezet az adott Biztosított vonatkozásában továbbra is érvényben marad. A Biztosító az egyes

	biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesít mindaddig, amíg a biztosítás teljes tartama alatt akár több balesetből eredő, a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a különböző időpontban bekövetkezett biztosítási események szolgáltatási alapját képező százalékos értékek együttesen el nem érik a 100%-ot. Az utolsó balesetből eredő százalékos értéket a Biztosító oly mértékben veszi figyelembe, hogy a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen nem haladhatják meg a 100%-ot. A Biztosító a biztosítási szolgáltatásra való jogosultságot addig nem ítéli meg, amíg a végleges, orvosilag kialakultnak tekinthető egészségkárosodás – melynél állapotjavulás már nem várható – adott Biztosított vonatkozásában nem alakult ki. Amennyiben a balesetbiztosítási szerződésben a Biztosított érvényes Baleseti maradandó egészségkárosodásra szóló fedezettel is rendelkezett a biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik. Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződésben a Biztosított érvényes Baleseti maradandó egészségkárosodás fedezettel is rendelkezett a biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik.
A fedezetnek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő megszűnése	Amennyiben a Biztosított vonatkozásában, a Függelékben tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásokhoz rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek együttesen elérik a 100%-ot, a jelen fedezet az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik az utolsó bekövetkezett biztosítási esemény napján.
A mentesülés és kizárás esetei	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdetét megelőzően bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrész vagy szerv közlekedési baleset által okozott állapotromlására. A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset és közlekedési baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

28. Baleseti műtét

Biztosítási esemény	A Biztosítottot a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező, őt ért balesetből eredő sérülés következtében, a balesettől számított 2 éven belül , szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett, a balesettel ok-okozati összefüggésben álló műtétet hajtának végre. A balesetnek és a műtétnek is a biztosítási tartamon belül kell bekövetkeznie.
Biztosítási esemény időpontja	A Biztosító által térített műtét elvégzésének napja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes Baleseti műteti biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek. Ugyanazon baleset miatt szükségessé váló, azonos vagy eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén a Biztosító Biztosítottanként csak egyszer teljesít szolgáltatást – függetlenül attól, hogy a több műtétet mi tette szükségessé (például szövődmény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.). A Biztosító egy biztosítási éven belül

	Biztosítottanként legfeljebb 2 baleseti műtéti biztosítási eseményre teljesít szolgáltatást. Jelen biztosítási fedezet szolgáltatása a műtét költségeit nem téríti meg.
A mentesülés és kizárás esetei	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi esetekre (a továbbiakban: nem térített műtétek listája, „nem térítendő” műtéti kategória): • a bőr, a bőr függelékeinek, a bőr alatti szöveteknek és a köröm sérülésének ellátása, • implantált anyagok eltávolítása, • non-invasív (testbe való behatolás nélküli) repositio (helyreállítás), • csonttörés gipszszel való rögzítése, • tükrözéssel járó (endoscopos, laparoscopos, arthroskopos és bronchoscopos) diagnosztikus célú beavatkozások, • fogászati beavatkozások (fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás – gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás – kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcsón, illetve a lágy, valamint csontos légyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet), • egyéb non-invasív (testbe való behatolás nélküli) ellátások, • diagnosztikus célú beavatkozások. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre: • ha igazolható, hogy a műtetre öngyilkossági, öncsonkítási kísérlet következtében került sor, • olyan műtetre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett, • ha a jelen feltételek szerint „nem térített műtét”-ként van megjelölve, • ha a műtetre nem kórházban vagy rendelőben kerül sor. Nem minősül biztosítási eseménynek az a műtét, amelyre a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset miatt kerül sor. A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	A Biztosító a műtéti térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy az adott WHO-kódhoz tartozó műtéti térítési kategóriát alkalmazza (azaz azt vizsgálja, hogy a műtét téríthető vagy szerepel a nem téríthető műtétek listájában). Az orvosi dokumentumban feltüntetett WHO-kódnak meg kell felelnie a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak. A Biztosító jogosult az orvosi dokumentumban megadott WHO-kód megfelelőségét vizsgálni. Amennyiben a zárójelentésben szereplő WHO-kód nem felel meg a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak, úgy a Biztosító orvos szakértője jogosult a WHO-kódot felülvizsgálni. Ilyen esetben a felülvizsgálat alapelve, hogy megállapítsa az elvégzett beavatkozás téríthetőségét. Amennyiben a beküldött orvosi dokumentumokban a WHO-kód nem szerepel, úgy a Biztosító orvosa jogosult meghatározni az orvosi dokumentumokban szövegesen leírt beavatkozás(ok) WHO-kódjait oly módon, hogy a Biztosító orvos

szakértője által megadott WHO-kód annak az elvégzett műtétnek a WHO-kódja legyen, amely a zárójelentés és/vagy műtéti leírás szöveges megfogalmazása szerint elvégzésre került. A WHO-kód megfelelőségének vizsgálatánál, illetve a felülvizsgálatánál, továbbá a WHO-kód meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi: a műtét alapjául szolgáló kóros állapotot, a műtétről készült zárójelentést, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lapot, az abban feltüntetett, elvégzett műtéti eljárást, a műtéti leírást, az esetlegesen készült szövettani lelet eredményét, a műtétet végző intézmény és a műtétet végző orvos műtéti kompetenciáját.

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a WHO-kódhoz tartozó térítési kategória szerint szolgáltat vagy nem szolgáltat – amennyiben a műtét a nem téríthető műtétek listájában szerepel. Baleset, műtét, kórház és rendelő fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

29. Közlekedési baleseti műtét

Biztosítási esemény	A Biztosítottna a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező, őt ért közlekedési balesetből eredő sérülés következtében, a balesettől számított 2 éven belül , szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett, a közlekedési balesettel ok-okozati összefüggésben álló műtétet hajtanak végre. A közlekedési balesetnek és a műtétnek is a biztosítási tartamon belül kell bekövetkeznie.
Biztosítási esemény időpontja	A Biztosító által térített műtét elvégzésének napja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes Közlekedési baleseti műtéti biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek. Ugyanazon közlekedési baleset miatt szükségessé váló, azonos vagy eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén a Biztosító Biztosítottanként csak egyszer teljesít szolgáltatást – függetlenül attól, hogy a több műtétet mi tette szükségessé (például szövődmény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.). A Biztosító egy biztosítási éven belül Biztosítottanként legfeljebb 2 közlekedési baleseti műtéti biztosítási eseményre teljesít szolgáltatást. Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződésben a Biztosított érvényes Baleseti műtét fedezettel is rendelkezett a biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik. Jelen biztosítási fedezet szolgáltatása a műtét költségeit nem téríti meg.
A mentesülés és kizárás esetei	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi esetekre (a továbbiakban: nem térített műtétek listája, „nem térítendő” műtéti kategória): • a bőr, a bőr függelékeinek, a bőr alatti szöveteknek és a köröm sérülésének ellátása, • implantált anyagok eltávolítása, • non-invasív (testbe való behatolás nélküli) repositio (helyreállítás), • csonttörés gipszszel való rögzítése, • tükrözéssel járó (endoscopos, laparoscopos, arthroskopos és bronchoscopos) diagnosztikus célú beavatkozások,

	• fogászati beavatkozások (fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás – gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás – kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcsón, illetve a lágy, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet), • egyéb non-invasív (testbe való behatolás nélküli) ellátások, • diagnosztikus célú beavatkozások. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre: • ha igazolható, hogy a műtetre öngyilkossági, öncsonkítási kísérlet következtében került sor, • olyan műtetre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett, • ha a jelen feltételek szerint „nem térített műtét”-ként van megjelölve, • ha a műtetre nem kórházban vagy rendelőben kerül sor. Nem minősül biztosítási eseménynek az a műtét, amelyre a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset miatt kerül sor. A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	A Biztosító a műtéti térítési kategóriát elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg oly módon, hogy az adott WHO-kódhoz tartozó műtéti térítési kategóriát alkalmazza (azaz azt vizsgálja, hogy a műtét téríthető vagy szerepel a nem téríthető műtétek listájában). Az orvosi dokumentumban feltüntetett WHO-kódnak meg kell felelnie a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak. A Biztosító jogosult az orvosi dokumentumban megadott WHO-kód megfeleltetését vizsgálni. Amennyiben a zárójelentésben szereplő WHO-kód nem felel meg a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak, úgy a Biztosító orvos szakértője jogosult a WHO-kódot felülvizsgálni. Ilyen esetben a felülvizsgálat alapelve, hogy megállapítsa az elvégzett beavatkozás téríthetőségét. Amennyiben a beküldött orvosi dokumentumokban a WHO-kód nem szerepel, úgy a Biztosító orvosa jogosult meghatározni az orvosi dokumentumokban szövegesen leírt beavatkozás(ok) WHO-kódjait oly módon, hogy a Biztosító orvos szakértője által megadott WHO-kód annak az elvégzett műtétnek a WHO-kódja legyen, amely a zárójelentés és/vagy műtéti leírás szöveges megfogalmazása szerint elvégzésre került. A WHO-kód megfeleltetésének vizsgálatánál, illetve a felülvizsgálatánál, továbbá a WHO-kód meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi: a műtét alapjául szolgáló kóros állapotot, a műtétről készült zárójelentést, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lapot, az abban feltüntetett, elvégzett műtéti eljárást, a műtéti leírást, az esetlegesen készült szövettani lelet eredményét, a műtétet végző intézmény és a műtétet végző orvos műtéti kompetenciáját. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a WHO-kódhoz tartozó térítési kategória szerint szolgáltat vagy nem szolgáltat – amennyiben a műtét a nem téríthető műtétek listájában szerepel. Baleset, műtét, kórház és rendelő fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

30. Baleseti kórházi napi térítés

Biztosítási esemény	A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező olyan, baleseti eredetű kórházi ápolása, amely a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az őt ért balesettel ok-okozati összefüggésben áll, és amely miatt a Biztosított kórházi kezelése, ápolása a baleset időpontjától számított 2 éven belül megtörténik (a továbbiakban baleseti eredetű kórházi ápolás). A balesetnek és a kórházi ápolásnak is az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kell bekövetkeznie. Jelen fedezet szempontjából kórházi kezelésben és ápolásban részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti. A kórházi kezelés a kórházi ápolás első napjával kezdődik, és annak utolsó napjáig tart.
Biztosítási esemény időpontja	A baleseti eredetű kórházi ápolás első napja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a Baleseti kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, a baleseti eredetű kórházi ápolás minden napjára. A Biztosító a baleseti eredetű kórházi ápolás azon napjaira nyújt szolgáltatást, melyek az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül következtek be. A Biztosító a baleseti kórházi napi térítést egy balesetből kifolyólag legfeljebb a kórházi kezelés 90. napjáig teljesíti. Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag a baleset időpontjától számított 2 éven belül a Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt több alkalommal is kórházi ápolásra szorul, akkor a Biztosító a további, kórházban töltött napokra is szolgáltatást nyújt, azonban a 2 éven belül összesen legfeljebb 90 napra. A szolgáltatás teljesítése után a fedezet nem szűnik meg. Ha a biztosítási évforduló napja arra az időtartamra esik, amelyet a Biztosított balesetből eredően kórházban tölt, és a Szerződő nem utasítja el az automatikus díjnövelési lehetőséget, vagy más okból emelkedik a biztosítási összeg, akkor a Biztosító a biztosítási évfordulótól kezdve az emelt Baleseti kórházi napi térítésre szóló biztosítási összeget veszi figyelembe.
A mentesülés és kizárás esetei	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre: • ha igazolható, hogy a kórházi kezelésre öngyilkossági, öncsonkítási kísérlet következtében került sor, • olyan baleseti eredetű kórházi ápolás, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett, • kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra, • ha a kórházi kezelésre a Biztosítotton végrehajtott: – fogászati beavatkozás (fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására vagy foggal kapcsolatos elváltozás – gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás – kezelésére irányuló, a fogon, a felső, vagy alsó állkapcsón, illetve a lágy, valamint

	csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet), – endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat, implantált anyagok eltávolítása, arthroscopos ízületi- és szalagműtétek, anyagkimetszés szövettani vizsgálat miatt került sor, • ha a baleseti eredetű kórházi kezelésre, ápolásra nem Kórházban kerül sor. A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset és kórház fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

31. Baleseti intenzív osztályos napi térítés

Biztosítási esemény	A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező olyan, baleseti eredetű, intenzív osztályon történt kórházi ápolása, amely a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az őt ért balesettel ok-okozati összefüggésben áll, és amely miatt a Biztosított intenzív osztályon történt kezelése, ápolása a baleset időpontjától számított 2 éven belül megtörténik (a továbbiakban baleseti eredetű, intenzív osztályon történt ápolás). A balesetnek és az intenzív osztályon történt ápolásnak is az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kell bekövetkeznie. Jelen fedezet szempontjából intenzív osztályon történt kórházi kezelésben, ápolásban részesül az a személy, aki az éjszakát is az intenzív osztályon tölti. Az intenzív osztályon történt kórházi kezelés az intenzív osztályos kezelés, ápolás első napjával kezdődik és annak utolsó napjáig tart.
Biztosítási esemény időpontja	A baleseti eredetű, intenzív osztályon történt ápolás első napja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a Baleseti intenzív osztályos napi térítésre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, a baleseti eredetű, intenzív osztályon történt kezelés minden napjára. A Biztosító a Baleseti eredetű intenzív osztályos kórházi ápolás azon napjaira nyújt szolgáltatást, melyek az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül következtek be. A Biztosító az intenzív osztályos napi térítést egy balesetből kifolyólag legfeljebb az intenzív osztályon történt kezelés 90. napjáig teljesíti. Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag a baleset időpontjától számított 2 éven belül a Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt több alkalommal is intenzív osztályos kórházi kezelésre szorul, akkor a Biztosító a további, intenzív osztályon töltött napokra is szolgáltatást nyújt, azonban a 2 éven belül összesen legfeljebb 90 napra. A szolgáltatás teljesítése után a fedezet nem szűnik meg. Ha a biztosítási évforduló napja arra az időtartamra esik, amelyet a Biztosított balesetből eredően intenzív osztályon tölt, és a Szerződő nem utasítja el az automatikus díjnövelési

	lehetőséget, vagy más okból emelkedik a biztosítási összeg, akkor a Biztosító a biztosítási évfordulótól kezdve az emelt Baleseti intenzív osztályos napi térítésre szóló biztosítási összeget veszi figyelembe. Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződésben a Biztosított érvényes Baleseti kórházi napi térítés fedezettel is rendelkezett a biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik.
A mentesülés és kizárás esetei	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre: • ha igazolható, hogy az intenzív osztályon történt kezelésre öngyilkossági, öncsonkítási kísérlet következtében került sor • olyan baleseti eredetű, intenzív osztályos kórházi ápolás, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett, • kórházi kezelés alatti adaptációs szabadságra, • ha az intenzív osztályon történt kezelésre a Biztosítotton végrehajtott: – fogászati beavatkozás (fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás – gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás – kezelésére irányuló, a fogon, a felső vagy alsó állkapcsón, illetve a lágy, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet), – endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat, implantált anyagok eltávolítása, arthroscopos ízületi- és szalagműtétek, – anyagkimetszés szövettani vizsgálat miatt került sor, • ha az intenzív osztályos kórházi kezelésre, ápolásra nem Kórházban kerül sor. A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset, kórház és az intenzív osztályon történő kezelés fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

32. Baleseti keresőképtelenség

Biztosítottra vonatkozó rendelkezések	A jelen biztosítási fedezet 16 és 65 év közötti Biztosítottakra vonatkozik.
Biztosítási esemény	A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesettel okozati összefüggésben álló, a baleset időpontjától számított 2 éven belül a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező folyamatos, 14 egymást követő naptári napot meghaladó keresőképtelensége, amelyre

	tekintettel saját jogon táppénzre jogosult (a továbbiakban: baleseti eredetű keresőképtelenség). A balesetnek és a keresőképtelenségnek is az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kell bekövetkeznie. Keresőképtelennek minősül az a Biztosított, aki balesetből eredően a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak¹ megfelelően, a keresőképtelenség, illetve a keresőképesség elbírálására és igazolására jogosult (szak)orvos által igazoltan, baleseti kóddal, saját jogon, folyamatosan, keresőképtelen állományban van, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.
Területi hatály	A Biztosított balesete a világ bármely országában bekövetkezhet, azonban a Biztosító kockázatviselése csak azon esetekre terjed ki, amikor a Biztosított a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően van keresőképtelen állományban, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.
Biztosítási esemény időpontja	A baleseti eredetű keresőképtelenség 15. napja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes Baleseti keresőképtelenségre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, a keresőképtelenség 15. napjától kezdődően minden igazolt naptári napjára. A Biztosító a baleseti eredetű keresőképtelenség azon napjaira nyújt szolgáltatást, melyek az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül következtek be. A Biztosító szolgáltatása független a Biztosított jövedelemkiesésétől. A Biztosító a baleseti keresőképtelenségre szóló napi térítést egy balesetből kifolyólag a baleseti keresőképtelenség 15. naptári napjától legfeljebb 90 naptári napra nyújtja. A szolgáltatás teljesítése után a fedezet nem szűnik meg.
A fedezetnek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő megszűnése	A Biztosító kockázatviselése és a jelen balesetbiztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik azon a biztosítási évfordulón 24:00 órakor, melyhez az adott Biztosított 65. születésnapja közelebb esik.
A mentesülés és kizárás esetei	A fedezet nem nyújt szolgáltatást a baleseti eredetű keresőképtelenség azon napjaira, melyek az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartamán kívül következtek be. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre: • olyan baleseti eredetű keresőképtelenségre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett, • az olyan keresőképtelenségi állapotra, mely nem baleset miatt következett be, • az olyan keresőképtelenségi állapotra, amely állapot tartama alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat; • ha a baleseti eredetű keresőképtelenségre nem a jelen fedezetnél meghatározott területi hatályon belül kerül sor.

	A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.
Hivatkozott jogszabályok	¹ Jelen Különös Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor többek között a 102/1995. (VIII. 25.) Korm. Rendelet a keresőképtelenség és keresőképesség orvosi elbírálásáról és annak ellenőrzéséről.

33. Közlekedési baleseti keresőképtelenség

Biztosítottra vonatkozó rendelkezések	A jelen biztosítási fedezet 16 és 65 év közötti Biztosítottakra vonatkozik.
Biztosítási esemény	A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező közlekedési balesettel ok-okozati összefüggésben álló, a közlekedési baleset időpontjától számított 2 éven belül a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező folyamatos, 14 egymást követő naptári napot meghaladó keresőképtelensége, amelyre tekintettel saját jogon táppénzre jogosult (a továbbiakban közlekedési baleseti keresőképtelenség). A közlekedési balesetnek és a keresőképtelenségnek is az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kell bekövetkeznie. Keresőképtelennek minősül az a Biztosított, aki balesetből eredően a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak¹ megfelelően, a keresőképtelenség, illetve a keresőképesség elbírálására és igazolására jogosult (szak)orvos által igazoltan, baleseti kóddal, saját jogon, folyamatosan, keresőképtelen állományban van, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.
Területi hatály	A Biztosított közlekedési balesete a világ bármely országában bekövetkezhet, azonban a Biztosító kockázatviselése csak azon esetekre terjed ki, amikor a Biztosított a mindenkor hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően van keresőképtelen állományban, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.
Biztosítási esemény időpontja	A közlekedési baleseti eredetű keresőképtelenség 15. napja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes Közlekedési baleseti keresőképtelenségre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, a keresőképtelenség 15. napjától kezdődően minden igazolt naptári napjára. A Biztosító a közlekedési baleseti eredetű keresőképtelenség azon napjaira nyújt szolgáltatást, melyek az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül következtek be. A szolgáltatás független a Biztosított jövedelemkiesésétől. A Biztosító a közlekedési baleseti keresőképtelenségre szóló napi térítést egy közlekedési balesetből kifolyólag a közlekedési baleseti keresőképtelenség 15. naptári napjától

	legfeljebb 90 naptári napra nyújtja. A szolgáltatás teljesítése után a fedezet nem szűnik meg. Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződésben a Biztosított érvényes Baleseti keresőképtelenség fedezettel is rendelkezett a biztosítási esemény bekövetkezésekor, a Biztosító szolgáltatása mindkét fedezetre vonatkozik.
A fedezetnek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő megszűnése	A Biztosító kockázatviselése és a jelen balesetbiztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik azon a biztosítási évfordulón 24:00 órakor, melyhez az adott Biztosított 65. születésnapja közelebb esik.
A mentesülés és kizárás esetei	A fedezet nem nyújt szolgáltatást a közlekedési baleseti eredetű keresőképtelenség azon napjaira, melyek a fedezet tartamán kívül következtek be. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre: • olyan közlekedési baleseti eredetű keresőképtelenségre, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett, • az olyan keresőképtelenségi állapotra, mely nem közlekedési baleset miatt következett be, • az olyan keresőképtelenségi állapotra, amely állapot tartama alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat; • ha a közlekedési baleseti eredetű keresőképtelenségre nem a jelen fedezetnél meghatározott területi hatályon belül kerül sor. A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset és közlekedési baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.
Hivatkozott jogszabályok	¹ Jelen Különös Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor többek között a 102/1995. (VIII. 25.) Korm. Rendelet a keresőképtelenség és keresőképeség orvosi elbírálásáról és annak ellenőrzéséről.

34. Baleseti csonttörés, csontrepedés

Biztosítási esemény	A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesettel okozati összefüggésben álló, a kockázatviselési tartam alatt bekövetkezett csonttörése, csontrepedése. A jelen Különös Biztosítási Feltételek vonatkozásában csonttörésnek, csontrepedésnek minősül a csontok folytonosságának traumás (baleseti) eredetű megszakadása, amely lehet teljes vagy részleges. A törés lehet csak repedés (fissura) vagy horpadás, betörés.
----------------------------	---

Biztosítási esemény időpontja	A baleset bekövetkezésének időpontja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes Baleseti csonttörés, csontrepedésre vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek. A Biztosító egy balesetből eredően egyszeri – a biztosítási összeggel megegyező – kifizetést teljesít, függetlenül a törések számától. A Biztosító egy biztosítási évben Biztosítottanként legfeljebb egy balesetből eredően nyújt szolgáltatást.
A mentesülés és kizárás esetei	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre: • a fedezet kockázatviselésének kezdetét megelőzően bekövetkezett balesetektől eredő csonttörésekre, csontrepedésekre, • fogtörésre, fogrepedésre, a fogak és fogpótlások sérülésére, • patológiás törésre. A mentesülés eseteit, valamint azokat az eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

35. Állatharapás

Biztosítási esemény	Baleseti eredetű, gerinces állat általi harapás, amelyet a Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt szenvedett el, és amely miatt a bőr folytonossága megszakad, valamint amely miatt a bőr alapvető sebtisztításán túlmenően varrat, drainezés, vagy a roncsolt terület kimetszése szükséges, vagy amely miatt a Biztosítottat veszettség ellen beoltják (a továbbiakban: állatharapás).
Biztosítási esemény időpontja	Az állatharapás időpontja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes állatharapásra vonatkozó biztosítási összegét fizeti ki a Kedvezményezettnek. A Biztosító egy állattámadásból eredően egyszeri – a biztosítási összeggel megegyező – kifizetést teljesít, függetlenül a harapások, szerzett sebek számától.
A mentesülés és kizárás esetei	A mentesülés eseteit, valamint azokat az eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni azzal, hogy a jelen Biztosítási fedezet vonatkozásában a gerinces állat harapása balesetnek minősül.

36. Szövédményes kullancscsípés

Biztosítási esemény	A Biztosítottnál a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt baleseti eredetű kullancscsípés következtében kialakuló vírusos agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás, illetve Lyme-kór.
Biztosítási esemény időpontja	A szövédményes állapot orvosi leletbe foglalt diagnosztizálásának időpontja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a Biztosítottra vonatkozó fedezetnek a biztosítási esemény időpontjában érvényes, Szövédményes kullancscsípésre vonatkozó biztosítási összegét fizeti ki a Kedvezményezettnek.
A mentesülés és kizárás esetei	A mentesülés eseteit, valamint azokat az eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni azzal, hogy a jelen Biztosítási fedezet vonatkozásában a kullancscsípés balesetnek minősül.

37. Tanulmányi támogatás baleseti kórházi ápolásra

Biztosítottra vonatkozó rendelkezések	A jelen biztosítási fedezet 6 és 30 év közötti Biztosítottakra vonatkozik.
Biztosítási esemény	A 6 – 30 év közötti életkorú, nappali tagozatos képzésben résztvevő Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetből eredő, a baleset napjától számított 2 éven belüli, legalább 10 napos, folyamatos, egybefüggő kórházi kezelése, ápolása. A balesetnek és a 10 napot meghaladó kórházi ápolásnak is az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül kell bekövetkeznie. Jelen fedezet szempontjából kórházi kezelésben és ápolásban részesül az a személy, aki az éjszakát is a kórházban tölti.
Biztosítási esemény időpontja	A 10 napot meghaladó kórházi ápolás első napja.
Biztosító szolgáltatása	A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes Tanulmányi támogatás baleseti kórházi ápolásra vonatkozó egyszeri biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek. Amennyiben ugyanazon balesetből kifolyólag a baleset időpontjától számított 2 éven belül a Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt több alkalommal is egybefüggő 10 napot meghaladó kórházi ápolásra szorul, akkor a Biztosító a további, 10 napot meghaladó kórházi ápolásra is szolgáltatást nyújt, azonban a 2 biztosítási éven belül összesen legfeljebb 5 alkalommal. A szolgáltatás teljesítése után a fedezet nem szűnik meg.

A fedezetnek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő megszűnése	A Biztosító kockázatviselése és a jelen balesetbiztosítási fedezet az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik azon a biztosítási évfordulón 24:00 órakor, melyhez az adott Biztosított 30. születésnapja közelebb esik.
A mentesülés és kizárás esetei	A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre: • ha igazolható, hogy a kórházi kezelésre öngyilkossági, öncsonkítási kísérlet következtében került sor, • olyan baleseti eredetű kórházi ápolás, amely okozati összefüggésben áll a Biztosított veleszületett betegségével, valamint a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségével, kóros állapotával, és ezek következményeivel, amennyiben erről a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett, • ha a kórházi kezelésre a Biztosítotton végrehajtott: – fogászati beavatkozás (fogászati beavatkozás alatt értjük a fogorvos által végzett, illetve végezhető, a fog megőrzésére vagy eltávolítására, pótlására, gyógyítására, vagy foggal kapcsolatos elváltozás – gyulladás, tályog, cysta, szövetszaporulat, egyéb kóros elváltozás – kezelésére irányuló, a fogon, a felső, vagy alsó áll kapcsán, illetve a lágycsont, valamint csontos lágyszájpadon, továbbá fogínyen végrehajtott kezelést, illetve műtétet), – endoszkópos, laparoszkópos vizsgálat, implantált anyagok eltávolítása, arthroscopos ízületi- és szalagműtétek, – anyagkimetszés szövettani vizsgálat miatt került sor, • ha a baleseti eredetű kórházi kezelésre, ápolásra nem kórházban kerül sor. A mentesülés eseteit, valamint azokat a további eseményeket, melyeket a Biztosító kizár a kockázatviselésből, az Általános Biztosítási Feltételek 17. és 18., valamint a 15.4. pontjai tartalmazzák.
Egyéb szabályok, fogalmak	Baleset fogalmán az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában leírtakat kell érteni.

III. A Polgári Törvénykönyvtől, valamint a Biztosító korábbi biztosítási szerződési gyakorlatától lényegesen eltérő szabályok

Jelen pont tartalmazza a jelen Biztosítási Feltételek azon rendelkezéseit, amelyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától, biztosítási szerződéseitől lényegesen eltérnek.

- 38.1. Az Általános Biztosítási Feltételek 1.2 pontja alapján a felek kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot, amelyek alkalmazásában a biztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az élet- és nem-életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a szerződés részévé.
- 38.2. Az Általános Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott fogalmak és meghatározások az Általános és Különös Biztosítási Feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződések, fedezetek vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.
- 38.3. Családi csomag választása esetén, az Általános Biztosítási Feltételek 3.3. pontja alapján biztosítottá válnak a szerződésben név szerint megnevezett **Biztosított 18 és 75 év közötti házastársa, bejegyzett élettársa, illetve élettársa, valamint azok a 18. életévüket el nem érő gyermekek, akik fölött akár külön-külön vagy együttesen törvényes képviselést gyakorolnak**, anélkül, hogy a Szerződő az ajánlattételkor megadná az ő adataikat. A rájuk vonatkozó, a 3.3. pontban foglalt **feltételeket a Biztosító a szolgáltatási igény bejelentésekor vizsgálja**.
- 38.4. Az Általános Biztosítási Feltételek 3.5.a. és 3.6.a. pontjai alapján, az ott meghatározottak szerint **nincs lehetőség Kedvezményezett kijelölésre, és módosítására azon szolgáltatásokra, melyek a Biztosított életében válnak esedékessé, illetve csak a név szerint megnevezett Biztosítottak vonatkozásában a haláleseti szolgáltatásokra nevezhető meg Haláleseti kedvezményezett**.
- 38.5. Az Általános Biztosítási Feltételek 5.1. pontja szerint **a helytelen életkor bevallása esetén, ha a Biztosító a valós életkor esetén a szerződést nem kötötte volna meg, a biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetére visszamenőleges hatállyal megszűnik**, és a Biztosító a szerződésre befizetett díjakat kamatmentesen, 30 naptári napon belül visszautalja a Szerződő részére.
- 38.6. Annak meghatározása a jelen Biztosítási Feltételek 5.8.pontjában, hogy a Biztosító mit minősít lényeges körülménynek.
- 38.7. Az Általános Biztosítási Feltételek 7.2. pontja szerint a biztosítási szerződés **kizárólag a Biztosító által üzemeltett Online szerződéskötési felületen jöhet létre**.
- 38.8. Az Általános Biztosítási Feltételek 7.5., 7.6. pontjai alapján a Biztosító a biztosítási szerződés létrejöttét **kockázatértékeléshez köti, melynek időtartama az ajánlatnak a Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 naptári nap**.
- 38.9. Az Általános Biztosítási Feltételek 7.7. pontja alapján **az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény kiállítására pótolja**. A biztosítási szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre.
- 38.10. Az Általános Biztosítási Feltételek 7.10. bekezdése alapján **a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által az Általános Biztosítási Feltételek 7.2. pontja szerinti módon megtett ajánlati nyilatkozat megtételének**

napját követő nap 00:00 órájkor kezdődik (a biztosítási szerződés hatályba lépésének időpontja), feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön.

- 38.11. Az Általános Biztosítási Feltételek 7.10. és 7.11 pontjában foglaltaknak megfelelően az első esedékes biztosítási díj díjelőlegként történő megfizetése feltétele a biztosítási ajánlat megtételének, azaz a Biztosító díjhalasztást nem ad.
- 38.12. Az Általános Biztosítási Feltételek 8.2. bekezdése alapján a **Felek a biztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának lényeges feltételeként határozzák meg**, hogy a Biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatban elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el. A Biztosító kizárólag **ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg a biztosítási szerződést. A Biztosító elektronikus kommunikációs jogának biztosítása a biztosítási szerződés fennállásának is feltétele, annak visszavonása esetén a biztosítási szerződés megszűnik.**
- 38.13. Az Általános Biztosítási Feltételek 8.8. bekezdése alapján a Biztosító a Szerződőnek a Biztosító által ismert utolsó értesítési címére, ennek hiányában állandó lakcímére levélben, vagy a Szerződéshez regisztrált e-mail címére elektronikus úton elküldött jognyilatkozata **abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, elektronikus levél esetén az elküldését követő napon.**
- 38.14. Az Általános Biztosítási Feltételek 8.9. bekezdése alapján, **amennyiben a Szerződő a biztosítási szerződés teljes tartama alatt a Biztosító lényeges szerződési feltételként meghatározott elektronikus kommunikációhoz való jogát nem teszi lehetővé azáltal, hogy ezen rendelkezéstől eláll, úgy a biztosítási szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14.3.i. pontja szerint megszűnik.**
- 38.15. Az Általános Biztosítási Feltételek 9.4. pontjában meghatározottak szerint **a biztosítási díj alatt a választott Biztosítási csomag, illetve azon belül a választott csomagméret díját kell érteni. Családi csomag esetén a biztosítási díj nem függ a név szerint meg nem nevezett Biztosítottak számától.**
- 38.16. Az Általános Biztosítási Feltételek 9.6. bekezdése szerint a szerződés **első díját az ajánlat megtételével egyidejűleg, az ajánlathoz szükséges nyilatkozatok elfogadását követően kell megfizetnie a Szerződőnek. Minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.**
- 38.17. Az Általános Biztosítási Feltételek 9.7. pontja szerint az **NN Veled balesetbiztosítás díja kizárólag az 1. számú Mellékletben meghatározott módon teljesíthető.**
- 38.18. Az Általános Biztosítási Feltételek 15.12. pontja szerint, **ha a biztosítási esemény bekövetkezése miatt a szerződés megszűnik, a Biztosító annak a biztosítási időszaknak az utolsó napjáig járó díj megfizetését követelheti, amelyben kockázatviselése véget ért.** A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.
- 38.19. Az Általános Biztosítási Feltételek 12.2. pontja alapján, **amennyiben a díjfizetési késedelem tartama alatt olyan biztosítási esemény következik be, amely a biztosítási szerződést nem szünteti meg, a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni a biztosítási esemény bekövetkezéséig esedékessé vált összes elmaradt díjat.**
- 38.20. Az Általános Biztosítási Feltételek 13.1. pontja alapján **reaktiválás esetén a Biztosító – a teljes, a reaktiválás időpontjáig elmaradt biztosítási díjak megfizetése esetén is – jogosult a reaktiválást indoklás nélkül, a reaktiválási kérelem beérkezésétől számított 30 naptári napon belül elutasítani, amelyről elektronikus úton értesíti a Szerződőt. Az Általános Biztosítási Feltételek 13.3. pontja alapján a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási szerződés megszűnésének napjától a teljes díjhátralék Biztosító számlájára történő beérkezését követő nap 00:00 órájáig tartó időszakra.**
- 38.21. Az Általános Biztosítási Feltételek 14.1. pontja szerint **a Szerződőnek lehetősége van a kötvény elektronikus úton történő kiküldésétől számított 14 naptári napos határidőn belül indoklás nélkül azonnali hatállyal felmondani a biztosítási szerződést.**

- 38.22. Az Általános Biztosítási Feltételek 3.3. pontja szerint **egy Biztosított kizárólag egy NN Veled balesetbiztosítási szerződéssel rendelkezhet a Biztosítónál. A Biztosító Biztosítottként egy balesetből fedezetenként kizárólag egy NN Veled balesetbiztosítási szerződés kapcsán térít, még abban az esetben is, ha a Biztosított több NN Veled balesetbiztosításban is Biztosítottként szerepel.**
- 38.23. Az Általános Biztosítási Feltételek 15.2. bekezdése szerint, **ha a biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosítási szerződés megszűnik, a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni a biztosítási időszak végéig járó biztosítási díjat, amennyiben az még nem került megfizetésre.**
- 38.24. Az Általános Biztosítási Feltételek 18.2. pontja szerint **a Biztosító nem viseli a kockázatot egyes foglalkozásokkal összefüggő biztosítási események vonatkozásában.**
- 38.25. Az Általános Biztosítási Feltételek 18.3.b) pontja szerint **a Biztosító nem viseli a kockázatot azon versenyeken bekövetkező biztosítási események kapcsán, amely sportág(ak)ban a Biztosított hivatásos, igazolt sportoló.**
- 38.26. **A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított balesete az Általános Biztosítási Feltételek 18.4.b. pontjában leírt egyéb jellegű repülő tevékenység során következett be.**
- 38.27. Az Általános Biztosítási Feltételek 18. fejezetében, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben **az egyes fedezeteknél meghatározott kockázatkizárások köre bővült.**
- 38.28. A Különös Biztosítási Feltételek 32. és 33. pontja szerint a Baleseti Keresőképtelenségre és Közlekedési baleseti keresőképtelenségre szóló fedezet vonatkozásában, **ha a folyamatos keresőképtelenség időtartama a 15 napot nem éri el, a Biztosító nem teljesít szolgáltatást.**
- 38.29. A Különös Biztosítási Feltételek 37. pontjában foglaltaknak megfelelően a Tanulmányi támogatás baleseti kórházi ápolás esetén, **ha a folyamatos kórházi tartózkodás időtartama nem haladja meg a 10 napot, a Biztosító nem teljesít szolgáltatást.**
- 38.30. A Biztosító az NN Veled balesetbiztosítási termékből **Állatharapásra szóló fedezetet nyújt** a Különös Biztosítási Feltételek 35. pontja szerint. Az Állatharapás fedezet vonatkozásában a gerinces állat harapása balesetnek minősül.
- 38.31. A Biztosító az NN Veled balesetbiztosítási termékből **Szövődményes kullancscsípésre szóló fedezetet nyújt** a Különös Biztosítási Feltételek 36. pontja szerint. A Szövődményes kullancscsípés fedezet vonatkozásában a kullancscsípés balesetnek minősül.
- 38.32. A Biztosító az NN Veled balesetbiztosítási termékből **Tanulmányi támogatás baleseti kórházi ápolásra szóló fedezetet kínál** a Különös Biztosítási Feltételek 37. pontjában taglaltaknak megfelelően. A fedezet szolgáltatása eltér a Biztosító által művelt más egyéb, kórházi ápolásra szóló fedezetektől.
- 38.33. Egyes biztosítási fedezetek esetében a biztosított be- és kilépési életkorok eltérnek az Általános Biztosítási Feltételek 3.3. pontjában foglaltaktól. Az egyes Különös Feltételekben „**A fedezetnek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő megszűnése**” szakaszoknak megfelelően:
- a) **A Baleseti keresőképtelenség és Közlekedési baleseti keresőképtelenség fedezet** megszűnik azon a biztosítási évfordulón 24:00 órakor, melyhez az adott Biztosított 65. születésnapja közelebb esik. A Baleseti keresőképtelenség és Közlekedési baleseti keresőképtelenség fedezet 16 és 65 év közötti Biztosítottakra vonatkozik.
- b) **A Tanulmányi támogatás baleseti kórházi ápolásra szóló fedezet** megszűnik azon a biztosítási évfordulón 24:00 órakor, melyhez az adott Biztosított 30. születésnapja közelebb esik. A fedezet 6 és 30 év közötti Biztosítottakra vonatkozik.

Budapest, 2026. augusztus 3.

Függelék

A Biztosító szolgáltatása csak az alábbi baleseti és közlekedési baleseti eredetű súlyos és maradandó egészségkárosodások esetében áll be, a Biztosító szolgáltatásának alapja a biztosítási összeg alábbi táblázatban meghatározott százaléka.

Maradandó egészségkárosodás leírása	A szolgáltatás alapja
1. Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
2. Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
3. Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	75%
4. Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
5. A beszédképesség teljes elvesztése	75%
6. A testfelület legalább	
• 40%-ának harmadfokú égése	100%
• 30%-ának harmadfokú égése	75%
• 20%-ának harmadfokú égése	50%
7. Kiterjedt csonthiány a koponyán	
• nagysága legalább 6 cm ²	40%
• nagysága 3-6 cm ²	20%
• nagysága kisebb mint 3 cm ²	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
8. Részleges állkapocs-eltávolítás az arccsont legalább felének csonkolásával	40%
9. Csigolyák törése, amely legalább 35%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodást okoz	50%
10. Teljes és tartós bénultság nyaktól lefelé	100%
11. Mindkét felső végtag teljes működőképтелensége vagy elvesztése	100%
12. Mindkét alkar teljes működőképтелensége vagy elvesztése	100%
13. Mindkét kéz teljes működőképтелensége vagy elvesztése	100%

14. Egy alsó és egy felső végtag teljes működőkép telensége vagy elvesztése	100%	
15. Egy felső végtag teljes működőkép telensége vagy elvesztése	50%	
16. Egy alkar teljes működőkép telensége vagy elvesztése	50%	
17. Egy kéz teljes működőkép telensége vagy elvesztése	50%	
18. A vállízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	50%	
	jobb	bal
balkezese knél a százalékok fordítva értendők		
19. A könyökízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		
• kedvező helyzetben (15 fokban a derékszög körül)	25%	20%
• kedvezőtlen helyzetben	40%	35%
20. Medialis ideg teljes bénultsága	45%	35%
21. Radialis ideg teljes bénultsága az alkaron	30%	25%
22. Radialis ideg teljes bénultsága a kézen	20%	15% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
23. Ulnaris ideg teljes bénultsága	30%	25%
	jobb	bal
balkezese knél a százalékok fordítva értendők		
24. Csuklóízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		
• kedvező helyzetben (egyenes szögben és lefelé fordításban)	20%	15% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
• kedvezőtlen helyzetben (behajlott, illetve túlfeszített állapotban vagy felfelé fordított állapotban)	30%	25%
25. Hüvelykujj teljes elvesztése vagy komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	20%	15% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)

26. Hüvelykujj részleges (körömperc) elvesztése	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
27. Mutatóujj teljes elvesztése	15% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
28. Mutatóujj két ujjpercének elvesztése	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
29. Hüvelykujj és egy másik ujj (nem a mutatóujj) elvesztése	25%	20%
30. Két ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
31. Három ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	20%	15% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
32. Négy ujj (hüvelykujj is) együttes elvesztése	45%	40%
33. Négy ujj (nem a hüvelykujj) együttes elvesztése	40%	35%
34. Középső ujj elvesztése	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
35. Mindkét alsó végtag teljes működésképtelensége vagy elvesztése	100%	
36. Egy alsó végtag teljes működésképtelensége vagy elvesztése	50%	
37. Egy alsó végtag részleges elvesztése		
• bokaízület alatti csonkolással	40%	
• lábközépcsonti csonkolással	35%	
• lábtőcsonti csonkolással	30%	
38. Ischiadicus ideg (ülőideg) teljes bénultsága	30%	
39. A csípőízület komplett merevsége (kétoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	100%	
40. A csípőízület komplett merevsége (egyoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	50%	
41. A térdízület komplett merevsége (kétoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	100%	

42. A térdízület komplett merevsége (egyoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	50%
43. Alsó végtag megrövidülése	
• legalább 5 cm-rel	30%
• 3-5 cm-rel	20%
• 1-3 cm-rel	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
44. Lábujjak (összes) elvesztése	25%
45. 3-4 lábujj elvesztése	
• az I. ujjat beleértve	20%
• az I. ujj kivételével	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)
46. Az I. lábujj elvesztése vagy teljes merevsége	10% (a szolgáltatás összege 100 000 Ft)

1.számú Melléklet

Tájékoztató a biztosítási díj megfizetésének módjáról

Az NN Veled balesetbiztosítási szerződés csak ismétlődő bankkártyás díjfizetési móddal (a továbbiakban: Ismétlődő fizetés) jöhet létre.

Az ismétlődő fizetés egy, a jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor csak a SimplePay Zrt. által üzemeltetett, SimplePay rendszeren keresztül biztosított bankkártya elfogadáshoz tartozó funkció, amely azt jelenti, hogy a Szerződő által a regisztrációs tranzakció során megadott bankkártyaadatokkal a jövőben újabb fizetéseket lehet kezdeményezni. Az itt hivatkozott rendszert, funkciót, annak üzemeltetőjét, szolgáltatóját a Biztosító jogosult bármikor egyoldalúan módosítani, amelyről a Biztosító az Általános Biztosítási Feltételek 9.9. pontja szerint ad tájékoztatást.

Első díj fizetése

A Szerződőnek a szerződés első díját díjelőlegként kell megfizetnie az elektronikus úton történő ajánlattétel során, az ajánlat megtételével egyidejűleg, az ajánlathoz szükséges nyilatkozatok elfogadását követően, a mindenkor hatályos **Ismétlődő fizetési és kártyaregisztrációs tájékoztató és nyilatkozat** elnevezésű nyomtatványban leírtak szerint.

Rendszeres díj fizetése

A Biztosító a Szerződő által regisztrált bankkártyáról automatikusan vonja le a rendszeres díjat annak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszak az első napján, amelyre a díj vonatkozik. A Biztosítási díj változása esetén a Biztosító automatikusan a módosult rendszeres díjat vonja le a Szerződő által megadott bankkártyáról. Amennyiben a Szerződő a fentiektől eltérő módon fizeti meg a rendszeres díjat, de az azonosítható (azaz az adott szerződéshez köthető és összege megfelel az aktuálisan fizetendő rendszeres díjnak), akkor azt a Biztosító nem utalja vissza, hanem az adott szerződésre könyveli.

A díjfizetés módját a Szerződő a tartam alatt, a Biztosítónak megküldött kérelmében a díjfizetési gyakoriság fordulóját megelőző 30 naptári nappal megváltoztathatja, és csoportos beszedési megbízással vagy banki átutalással is fizethet. Más díjfizetési módra váltás nem lehetséges.

Amennyiben a Balesetbiztosítási szerződés tartama során változik a Szerződő, akkora az új Szerződő csoportos beszedést vagy átutalásos díjfizetési módot választhat.

- **Banki átutalásra váltás esetén:**

A Szerződő a Biztosító ING Banknál vezetett 13700016-00053778 számlaszámára fizetheti meg a biztosítás díját; az átutalás közlemény rovatában a biztosítási kötvény számának feltüntetése az átutalt díj beazonosításához szükséges és elengedhetetlen.

- **Csoportos beszedési megbízásra váltás elektronikusan a Szerződő internetbankján keresztül:**

Minden bank netbankján keresztül lehet csoportos beszedési felhatalmazást adni, azáltal, hogy a Szerződő az internetbank felületén, a csoportos beszedésre vonatkozó menüpontban a szolgáltatók listájából kiválasztja **NN Biztosítót (azonosító: A10492033T244)**. A fogyasztóazonosító a balesetbiztosítási szerződés 8 számjegyből álló kötvényszámát jelöli, ennek a 8 számjegynek a megadása szükséges a sikeres csoportos beszedés érdekében.

A Szerződő biztosítási díjat Biztosításközvetítő ügynök számára semmilyen módon nem fizethet.

Amennyiben a Szerződő a fentiektől eltérő módon fizeti meg a rendszeres díjat, de az azonosítható, azaz az adott szerződéshez köthető és összege megfelel az aktuálisan fizetendő rendszeres díjnak, akkor azt a Biztosító nem utalja vissza, hanem az adott szerződésre könyveli.

2.számú Melléklet

Tájékoztató a biztosítási szolgáltatás elbírálásához bekérhető iratokról

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához és a szolgáltatás teljesítéséhez az alábbi táblázatban felsorolt okiratokat, dokumentumokat kérheti be.

Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben

- A Kedvezményezett által megtett igénybejelentés, amelynek elősegítésére a Biztosító **a mindenkori hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) igénybejelentő nyomtatványt tett közzé.**
- A Kedvezményezett nyilatkozata a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (a Kedvezményezett bankszámlaszáma), ahová a Biztosító szolgáltatása kifizethető.
- Kiskorú vagy cselekvőképtelen, illetve cselekvőképességében részlegesen korlátozott nagykorú Kedvezményezett esetén a törvényes képviseleti jogot igazoló nyilatkozat vagy a határozat elektronikus úton megküldött másolata.
- A gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet elektronikus úton megküldött másolata.
- Lakcímet igazoló hatósági igazolvány lakcímet tartalmazó oldalának elektronikus úton megküldött másolata.
- Teljes orvosi dokumentáció elektronikus úton megküldött másolata: diagnózis és diagnózis felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lap, röntgen lelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórnap, szövettani lelet, kontrolleredmények, kórrajzkivonat.
- Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar nyelvű fordításának elektronikus úton megküldött másolata.
- A mindenkor hatályos jogszabályban előírt adatszolgáltatási, illetve adózási kötelezettségek teljesítésével kapcsolatos nyilatkozatok elektronikus úton megküldött másolata.
- Meghatalmazott ügyintézője esetén a biztosítással kapcsolatos ügyintézésre jogosító meghatalmazás teljes bizonyító erejű magánokirati formában.
- A baleset körülményeinek rövid leírása elektronikus úton megküldve.
- 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 (különösen az eljárást megszüntető határozat vagy a jogerős bírósági határozat) másolatát az Általános Biztosítási Feltételek 15.11. és 15.12. pontjai szerint az ügyfél a kárrendezési eljárás elősegítése érdekében benyújthatja elektronikus úton.
- Munkahelyi baleset esetén a munkabaleseti jegyzőkönyv elektronikus úton megküldött másolata.

(Közlekedési) Baleseti halál esetén	- A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány elektronikus úton megküldött másolata, feltéve, hogy a Haláleseti Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg. - Halotti anyakönyvi kivonat és halottvizsgálati bizonyítvány elektronikus úton megküldött másolata. - Boncjegyzőkönyv elektronikus úton megküldött másolata. - Haláleset vagy baleset utáni orvosi jelentés elektronikus úton megküldött másolata.
(Közlekedési) Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén	- Teljes orvosi dokumentáció elektronikus úton megküldött másolata. - A végleges maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentum elektronikus úton megküldött másolata.
(Közlekedési) Baleseti műtét esetén	- Kórházi zárójelentés elektronikus úton megküldött másolata. - Műtéti leírás elektronikus úton megküldött másolata. - Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt WHO-kódja (az orvosi pecsétet és aláírást tartalmazó dokumentum másolati példánya elektronikus úton).
Baleseti kórházi (és intenzív osztályos) napi térítés esetén	- Kórházi zárójelentés elektronikus úton megküldött másolata. - Kórrajzkivonat elektronikus úton megküldött másolata. - Első ellátás orvosi dokumentumának elektronikus úton megküldött másolata. - Baleseti kóddal ellátott „Igazolás fekvőbeteg gyógyintézetben történt gyógykezelésről” című dokumentum elektronikus úton megküldött másolata, mely tartalmazza a kórházban töltött napok kezdő és záró időpontját.
(Közlekedési) Baleseti keresőképtelenség esetén	- Baleseti kóddal ellátott „Orvosi igazolás keresőképtelen állományról” című nyomtatvány elektronikus úton megküldött másolata (táppénzes lap). - Baleseti kóddal ellátott „Igazolás fekvőbeteg gyógyintézetben történt gyógykezelésről” című dokumentum elektronikus úton megküldött másolata. - A területileg illetékes kormányhivatal által vagy társadalombiztosítási kifizetőhely által kiadott igazolás elektronikus úton megküldött másolata a táppénz kifizetés megtörténtéről.
Baleseti csonttörés, csontrepedés esetén	A törést, repedést igazoló röntgenfelvétel leletének elektronikus úton megküldött másolata.
Állatharapás esetén	- Az állatharapás tényét, időpontját, következményét leíró orvosi dokumentum elektronikus úton megküldött másolata. - Az állatharapás orvosi ellátását, illetve a kezelést leíró orvosi dokumentum, ambuláns lap, zárójelentés elektronikus úton megküldött másolata.
Szövődményes kullancscsípés esetén	- A kullancscsípés tényét, szövődményét és a kezelést leíró orvosi dokumentumok elektronikus úton megküldött másolata. - A vírusos agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás, illetve a Lyme-kór diagnózisát tartalmazó orvosi dokumentum(ok) elektronikus úton megküldött másolata.

**Tanulmányi támogatás
baleseti kórházi
ápolásra**

- Kórházi zárójelentés elektronikus úton megküldött másolata.
- Kórrajzkivonat elektronikus úton megküldött másolata.
- Első ellátás orvosi dokumentumának elektronikus úton megküldött másolata.
- Baleseti kóddal ellátott „Igazolás fekvőbeteg gyógyintézetben történt gyógykezelésről” című dokumentum elektronikus úton megküldött másolata, mely tartalmazza a kórházban töltött napok kezdő és záró időpontját.
- Nappali tagozatos képzés igazolása, iskolalátogatási igazolás elektronikus úton megküldött másolata.

A felsoroltakon kívül a Szerződőnek, illetve a Biztosítottnak, Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

Jelen tájékoztató a szerződési feltételek részét képezi, az abban foglaltakkal együtt érvényes.