

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltételek Záradéka az Econventio Csoportos Balesetbiztosításhoz

Az Econventio Csoportos Balesetbiztosítás tekintetében (a továbbiakban: Szerződés) az Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltétele a jelen Záradékkal együtt érvényes, azzal, hogy a Záradékban nem szabályozott kérdésekben az Általános és Különös Biztosítási Feltételek az irányadók.

Szolgáltatási igény bejelentése az eletbejelentenes@alfa.hu e-mail címen, illetve az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf. 63 postacímen tehető.

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI (Általános Biztosítási Feltételek 2. pont)

1.1. Szerződő (Általános Biztosítási Feltételek 2.2. pont)

A Szerződő az **Econventio Kerekasztal Közhasznú Egyesület** (székhely: 7623 Pécs, Rét utca 49., nyilvántartási száma: 02-02-0003141).

1.2. Biztosított (Általános Biztosítási Feltételek 2.3. pont)

Az Általános Biztosítási Feltételek 2.3. pontjában meghatározott Biztosított definíció az alábbi kiegészítéssel érvényes:

A Főbiztosított és az Egyéb Biztosított, akinek/akiknek az életével, baleseti eredetű egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön.

Főbiztosított az a **Közösségi Biztosítás Klub** tagsággal rendelkező természetes személy, aki a Szerződő felé tett Csatlakozási nyilatkozattal a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott,

Egyéb Biztosított a Közösségi Biztosítás Klub tagsággal rendelkező természetes személynek a csatlakozáskor 18 évet be nem töltött saját, örök-befogadott, mostoha vagy nevelt gyermeke, akit a Közösségi Biztosítás Klub tagsággal rendelkező természetes személy, mint az Egyéb Biztosított törvényes képviselőjét gyakorló szülő a Csoportos Biztosításhoz Csatlakozási nyilatkozattal csatlakoztatott (a továbbiakban: Egyéb Biztosított), továbbiakban Főbiztosított és Egyéb Biztosított együttesen **Biztosított**.

Biztosított csak olyan személy lehet, akinek életkora 18 és 75 év közötti, illetve a Tanuló csomag esetén 3 és 24 év közötti.

Az életkor számítása úgy történik, hogy a naptári évből kivonásra kerül a születési év.

A Szerződésbe a Biztosított szerződőként nem léphet be, csak a – Szerződő Biztosítóval egyeztetett – rá vonatkozó engedélye alapján.

2. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE ÉS HATÁLYA (Általános Biztosítási Feltételek 4. pont)

2.1. A Biztosító kockázatviselése a Biztosított vonatkozásában a **Csatlakozási nyilatkozat megtételét követő nap 0 órakor kezdődik.** (Általános Biztosítási Feltételek 4.1. pont)

2.2. A biztosítási évforduló a Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés kezdetét követő hónap első napja minden évben. A biztosítási időszak 1 év, amely a kockázatviselés kezdetét követő hónap első napján veszi kezdetét és a biztosítási évfordulót megelőző nap végén fejeződik be. (Általános Biztosítási Feltételek 4.3.)

3. A BIZTOSÍTÁS TERÜLETI HATÁLYA (Általános Biztosítási Feltételek 5. pont)

A biztosítási fedezet a Föld bármely országában, a nap 24 órájában bekövetkező biztosítási eseményekre kiterjed. (Általános Biztosítási Feltételek 5.4. pont)

3. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE (Általános Biztosítási Feltételek 6. pont)

A Biztosító kockázatviselése a Biztosított vonatkozásában megszűnik

- a) a Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnésével, a megszűnés napján 24 (huszonnégy) órakor, melyről a Szerződő küld értesítést a Biztosítottnak;
- b) ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat a Szerződőnek nem fizeti meg, a Szerződő által a Biztosítottnak küldött írásbeli fel-szólításban megállapított 30 napos póthatáridő eredménytelen elteltével, a díj esedékesség napja 0 (nulla) órára visszamenőleges hatállyal, kivéve, ha a Szerződő a Biztosítotttra jutó díjat a póthatáridő letelte előtt a Biztosítónak megfizeti. Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizették meg, és a Szerződő írásban, 30 (harminc) napos póthatáridő biztosításával eredménytelenül hívta fel a Biztosítottat a befizetés kiegészítésére, a biztosítás változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.

- c) a biztosítási időszak végével, ha a Biztosított a support@kozossegebiztositas.hu e-mail címre küldött nyilatkozatával a csoporttagságról legkésőbb a biztosítási időszak végét megelőző 30. (harmincadik) napig lemond;
- d) az Alap és a Kiemelt csomag esetében a Biztosított 75. (hetvenötödik) életévének betöltésekor, a Tanuló csomag esetében a Biztosított 24. (huszonnegyedik) életévének betöltésekor, az életkor betöltése évének utolsó napján 24 (huszonnégy) órákor;
- e) a Biztosított halálával, a haláleset bekövetkezése hónapjának utolsó napján 24:00 órákor.

Internetes csatlakozás esetén a Biztosított a csoporttagságról a csatlakozás napjától számított 14 (tizennégy) napon belül jogosult lemondani a support@kozossegebiztositas.hu e-mail címére küldött nyilatkozatával. A csoporttagság a csatlakozás dátumára visszamenőleges hatállyal szűnik meg. A Szerződő köteles a befizetett díjat a lemondó nyilatkozat kézhezvételét követően, de legkésőbb 30 (harminc) napon belül a Biztosított részére visszatéríteni.

4. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A BIZTOSÍTÁSI DÍJ MEGFIZETÉSE (Általános Biztosítási Feltételek 7. pont)

Az Általános Biztosítási Feltételek 7. pontja az alábbi kiegészítéssel érvényes:

Szerződő a biztosítási díj mindenkor összegét a Biztosítottra áthárítja, a fizetés éves gyakorisággal történik. A Szerződő az áthárított díjat a Biztosított hitel-, illetve bankkártyájáról rendszeresen vonja le. (Általános Biztosítási Feltételek 7.2.)

A díjfizetés kezdete a csatlakozást követő hónap első napja. Az első áthárított díj a Csatlakozási nyilatkozat megtevésekor fizetendő, a folytatólagos díjak pedig annak az időszaknak az első napján esedékesek, amelyre vonatkoznak.

5. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA (Általános Biztosítási Feltételek 8. pont)

Szolgáltatási tábla (Általános Biztosítási Feltételek 8.1. pont)

Szolgáltatások	Tanuló Csomag	Alap Csomag	Kiemelt Csomag
	Biztosítási összeg/biztosítási időszak		
Baleseti halál	1 000 000 Ft	3 000 000 Ft	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halál	2 000 000 Ft	6 000 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (rokkantság) 11–30%*	max. 3 000 000 Ft	max. 3 000 000 Ft	max. 5 000 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (rokkantság) 31–100%*	max. 10 000 000 Ft	max. 10 000 000 Ft	max. 15 000 000 Ft
Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (rokkantság) 11–30%*	max. 6 000 000 Ft	max. 3 000 000 Ft	max. 10 000 000 Ft
Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (rokkantság) 31–100%*	max. 20 000 000 Ft	max. 10 000 000 Ft	max. 20 000 000 Ft
Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítésre Baleset következtében megrongálódott ruházat, táska, szemüveg, fog, műfog, korona, híd, fogszabályzó, fogászati segédeszköz – Szublimit**	max. 750 000 Ft max. 200 000 Ft	max. 1 000 000 Ft max. 200 000 Ft	max. 1 000 000 Ft max. 300 000 Ft
Baleset eredetű kórházi ápolás esetére szóló napi térítés(1–30. napig)	7 500 Ft/nap	10 000 Ft/nap	20 000 Ft/nap
Balesetből eredő műtét***	kis műtét	62 500 Ft	125 000 Ft
	közepes műtét	125 000 Ft	250 000 Ft
	nagy műtét	250 000 Ft	500 000 Ft
	kiemelt műtét	500 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés (progresszív térítés)****	max. 100 000 Ft	max. 200 000 Ft	max. 300 000 Ft
Baleseti eredetű égési sérülés****	max. 1 000 000 Ft	max. 1 000 000 Ft	max. 1 500 000 Ft
Baleseti eredetű, 28. napot meghaladó gyógyulási tartam vagy keresőképzetlenség (egyösszegű térítés)	50 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft

* Arányos térítéssel.

** Szublimit: a Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítés kapcsán meghatározott biztosítási összegben belül értendő térítési összeg felső határa.

*** A WHO-kód szerinti műtéti besorolás az alfa.hu/ugyintezes/csoportos-muteti-lista.html linken tekinthető meg.

**** A sérülés fajtájától függően.

6. KIEGÉSZÍTŐ BALESETBIZTOSÍTÁS KÖLTSÉGTÉRÍTÉSRE (Különös Biztosítási Feltételek)

A Különös Biztosítási Feltételek 2. pontjában meghatározott Baleseti költségeken túl a Biztosító megtéríti továbbá:

a Biztosítottnak a megrongálódott, vagy megsemmisült ruházat, dioptriás szemüveg, dioptriás napszemüveg, fogászati implantátum vagy más fogászati segédeszköz javításának vagy pótlásának számlával igazolt költségét, legfeljebb a Biztosítottra vonatkozó, a Záradéknak szereplő Szolgáltatási táblában meghatározott szublimit összegének erejéig, amennyiben a megrongálódás vagy megsemmisülés igazoltan a baleset következménye.

A biztosító a javítás számlával igazolt költségét 100%-os mértékben, de **legfeljebb a Záradékbán szereplő Szolgáltatási táblában meghatározott szublimit összegének erejéig** fizeti ki.

A pótlás számlával igazolt költségét a Biztosító az alábbiak szerint téríti:

Amennyiben a megrongálódott, vagy megsemmisült ruházat, dioptriás szemüveg, dioptriás napszemüveg, fogászati implantátum, vagy más fogászati segédeszköz beszerzésének napja a baleset napjához képest

- 1 éven belül történt, úgy a Biztosító a pótlás számlával igazolt költségének **100%-át, de legfeljebb a Szublimit összegét fizeti ki;**
- 1 éven túl, de 3 éven belül történt, úgy a Biztosító a pótlás számlával igazolt költségének **70%-át, de legfeljebb a Szublimit összegét fizeti ki;**
- 3 éven túl történt, úgy a Biztosító a pótlás számlával igazolt költségének **50%-át, de legfeljebb a Szublimit összegét fizeti ki.**

A Biztosító nem téríti azon költséget, amely a ruházat, dioptriás szemüveg, dioptriás napszemüveg, fogászati implantátum, illetve más fogászati segédeszköz baleset előtt már meglévő hibája miatt merül fel.

A Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottakon túl a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez még az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- A megsemmisült vagy megrongálódott ruházat, dioptriás szemüveg, dioptriás napszemüveg, fogászati implantátum vagy más fogászati segédeszköz beszerzésének dátumát és a beszerzés értékét igazoló számla(k) másolata, ennek hiányában nyilatkozat a beszerzés dátumáról és értékéről.
- A megrongálódott ruházat, dioptriás szemüveg, dioptriás napszemüveg, műfog, fogászati implantátum, korona, híd vagy más fogászati segédeszközről készült fotó.

7. BALESETI EREDETŰ KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE SZÓLÓ EGYÖSSZEGŰ TÉRÍTÉST NYÚJTÓ BIZTOSÍTÁS (Különös Biztosítási Feltételek)

A Különös Biztosítási Feltételek 1. pontjában meghatározott biztosítási esemény az alábbi kiegészítéssel érvényes:

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség (Tanuló csomag esetén a gyógytartam) 29. napja.

A Tanuló csomag esetében biztosítási eseménynek minősül továbbá a Biztosított baleseti eredetű, 28. napot meghaladó folyamatos gyógytartama.

Jelen feltételek szempontjából gyógytartamnak minősül az az időtartam, ameddig a Biztosított a baleset miatt bekövetkező sérülés, betegség vagy károsodás miatt személyesen nem tud részt venni mindennapos iskolába járással a nevelésben-oktatásban.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- orvosi dokumentum a baleset eredetéről, konkrétan megnevezett okáról, a baleset időpontjáról,
- szakorvosi igazolás a folyamatos gyógytartamról.

Kórházi ápolás esetén:

- igazolás a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1.** Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen Általános Biztosítási Feltételek, a Különös Biztosítási Feltételek valamint az Általános és Különös Biztosítási Feltételek Záradéka (továbbiakban: együttesen Biztosítási Feltételek) alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a biztosítási események bekövetkezése esetén a Biztosítási Feltételek, valamint a Csatlakozási/Biztosított nyilatkozat szerint csoportos baleset, élet- és egészségbiztosításokat nyújt.
- 1.2.** A biztosítási szolgáltatást a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Csoportos Biztosítási Szerződés alapján nyújtja. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jön létre. A Biztosító kötvényt nem állít ki.
- 1.3.** A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett Csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.
- 1.4.** Az Biztosítási Feltételek alkotják az általános szerződési feltételeket. A Biztosítási Feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, melyeket – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – jelen csoportos biztosításra alkalmazni kell. A Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozottakra az Általános Biztosítási Feltételek, míg a Különös Biztosítási Feltételeknek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérő rendelkezése esetén a Különös Biztosítási Feltételek rendelkezése az irányadó. Az Általános Biztosítási Feltételekben, illetve a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozottakra, vagy azoktól eltérő rendelkezés esetén az Általános és Különös Biztosítási Feltételek Záradéka (továbbiakban: Záradék) irányadó.
- 1.5.** Jelen csoportos biztosításra vonatkozóan a magyar jog és az Európai Unió tagországai által kötelezően és közvetlenül alkalmazandó jogszabályok rendelkezései az irányadók. A Biztosítási Feltételekben nem rendezett kérdésekben a vonatkozó hatályos jogszabályok, így különösen, de nem kizárólag a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.), a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) rendelkezéseit kell alkalmazni. A jogszabályok változása esetén a Biztosítási Feltételek rendelkezéseinek és a hatályos jogszabályok kötelező érvényű előírásainak esetleges eltérésekor a hatályos jogszabályok az irányadók. A jogszabályok változásáról a Biztosító nem köteles tájékoztatni a Szerződőt.
- 1.6.** Nem válik a csoportos biztosítás tartalmává semmilyen olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbieket alkalmazásában a Csoportos Biztosítási Szerződésben nem állapodnak meg. Nem válik továbbá a csoportos biztosítás tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás, akkor sem, ha a Csoportos Biztosítási Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

2.1. Biztosító

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1091 Budapest, Üllői út 1.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az biztosítási kockázatot.

2.2. Szerződő

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos biztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti. A Szerződő jogosult a Szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatok megtételére, és a Biztosító hozzá intézi nyilatkozatait. A Szerződő a Szerződés tartama alatt a Biztosító által hozzá intézett nyilatkozatokról és a Szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni. A Szerződő megnevezését a Záradék tartalmazza.

A Szerződő érdekkörébe tartozó természetes személy lehet különösen – szerződésben megjelölve – a Szerződő munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállalója, megbízottja, tagja, tisztségviselője, annak hozzátartozója.

2.3. Biztosított

Biztosított az a Szerződő érdekkörébe tartozó természetes személy lehet, aki:

- Csatlakozási nyilatkozattal csatlakozott a csoportos biztosításhoz,
- jogviszonya a Szerződővel a Záradékban meghatározottak szerint fennáll.

A Szerződésbe a Biztosított szerződőként nem léphet be, csak a Szerződő – Biztosítóval egyeztetett – rá vonatkozó engedélye alapján.

Ha a Biztosított életkora a 18 évet nem éri el, akkor a Szerződéshez történő csatlakozáshoz a törvényes képviselőt gyakorló szülő engedélye is szükséges.

2.4. Kedvezményezett

A Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybevételére minden esetben a Biztosított jogosult. A Biztosított halála esetén a szolgáltatás(ok) a Biztosított örökösét/örököseit illeti(k) meg.

3. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, TARTAMA

3.1. A Szerződés a Szerződő és a Biztosító által aláírt Csoportos Biztosítási Szerződés határozatlan tartamú.

3.2. A biztosítotti jogviszony határozatlan tartamra jön létre, de egy Biztosított egy adott időszakban csak egyszer, és egy adott biztosítási csomag vonatkozásában lehet biztosítva, a Biztosító szolgáltatása nem többszörözhető.

4. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, HATÁLYA

4.1. A Szerződés hatályba lépését követően biztosításhoz csatlakozott személy a Záradékban meghatározott időponttól válik biztosítottá (Biztosító kockázatviselésének kezdete és hatálya).

4.2. A Biztosító az egyes biztosításokkal kapcsolatban várakozási időt köthet ki. A Biztosító a várakozási időt az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítja. A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási események vonatkozásában a Biztosító sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást. A várakozási időre vonatkozó részletes szabályokat a Záradék tartalmazza.

4.3. A biztosítási időszakról és a biztosítási évfordulóról a Záradék rendelkezik.

5. A BIZTOSÍTÁS TERÜLETI HATÁLYA

A Biztosítás területi hatályáról a Záradék rendelkezik.

6. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik a Záradékban meghatározottak szerint.

7. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJ MÓDOSÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGE

7.1. A csoportos biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Szerződő fizet meg a Biztosító részére. A Biztosító részére megfizetett biztosítási díjnak a Csatlakozási nyilatkozatot tevő Biztosítottra jutó arányos részét a Szerződő – a Csatlakozási nyilatkozatban meghatározott módon és az abban megfogalmazott felhatalmazás alapján – áthárítja a Csatlakozási nyilatkozatot tevő Biztosítottra, aki egyúttal vállalja a rá eső biztosítási díj megfizetését a Szerződő részére, és a díjfizetést folyamatosan teljesíti.

7.2. A Csatlakozási nyilatkozatot tevő Biztosított a rá áthárított díjat a Záradékban meghatározott módon és gyakorisággal teljesíti a Szerződő részére.

7.3. A csoportos biztosítás díját a Szerződő az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj esedékességének megfelelően – összegben fizeti meg a Biztosítónak. Amennyiben a Szerződő az esedékes díjnál kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (7.4. pont).

7.4. Ha a Szerződő a csoportos biztosítás díját az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 (harminc) napos póthatáridő tűzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, és a Biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti vagy a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt díj esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik. Ha az esedékes díjnak csak egy részét fizette meg a Szerződő, és a Biztosító írásban, 30 (harminc) napos póthatáridő biztosításával eredménytelenül hívta fel a Szerződőt a befizetés kiegészítésére, a biztosítás változatlan biztosítási összeggel, a befizetett díjjal arányos időtartamra marad fenn.

7.5. Ha a Biztosított elhalálása miatt szűnik meg a Biztosító kockázatviselése, a Biztosító az elhalálozás hónapjának utolsó napjának 24:00 órájáig jogosult a biztosítási díjra. Ezt követő időszakra befolyt biztosítási díjakat a Biztosító visszautalja a Szerződőnek. Az elhalálozás bejelentésének elmaradásából adódó vitás kérdéseket a Biztosított örököse(i) a Biztosítóval közvetlenül rendezik.

7.6. Biztosító a biztosítási díj mértékének változásáról, illetve egyéb fizetési feltételeinek változásáról valamint az igénybe vehető szolgáltatások körének módosításáról az évforduló előtt 90 nappal értesíti a Szerződőt. A Szerződő az évforduló előtt legkésőbb 60 nappal nyilatkozik a Biztosító felé, hogy a módosítás(oka)t elfogadja-e. Amennyiben a Szerződő a módosítás(oka)t elutasítja a jelen Szerződés a biztosítási évforduló napján 0 óra 0 perckor megszűnik. Amennyiben a Biztosító és a Szerződő a módosításról egyezségekre jut, a módosítás a biztosítási évforduló napján hatályba lép. A hatálybalépést követően csatlakoztatott új Biztosítottakra a módosított Szerződés vonatkozik, míg a meglévő Biztosítottak esetén változatlan feltételekkel érvényben marad.

- 7.7. A Szerződő és a Biztosító a Csoportos Szerződés tartama során közös megegyezéssel bármikor módosíthatják a biztosítási díj mértékét, az igénybe vehető szolgáltatások körét, a szolgáltatási limitet. Amennyiben a Biztosító és a Szerződő a módosításról egyezségekre jut, a módosítás az egyezséget követően lép hatályba, azzal a feltétellel, hogy a Szerződő a módosításról annak hatályba lépése előtt 60 nappal köteles tájékoztatást küldeni a Biztosítottak részére. Amennyiben a Biztosítottak nem fogadják el a módosítást, a biztosított jogviszonyukat a módosítás hatályba lépése előtt a Szerződő részére küldött írásbeli nyilatkozatukkal megszüntethetik. Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan a módosítás hatálybalépése előtti hónap utolsó napján 24:00 órákor megszűnik.

8. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY ÉS A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

- 8.1. A biztosítási események meghatározását a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák, a Biztosító szolgáltatását, biztosítási összegeket, szolgáltatási limiteket a Záradék tartalmazza.

9. SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY BEJELENTÉSE

- 9.1. Amennyiben biztosítási esemény történik, azt írásban 30 (harminc) napon belül be kell jelenteni a Biztosítóhoz (Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf. 63, vagy eletbejelentenes@alfa.hu), illetve a szolgáltatási igény ettől eltérő bejelentésére vonatkozó szabályokat a Záradék tartalmazza.
- 9.2. A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 (harminc) napon belül a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.
- 9.3. A bejelentéshez szükséges nyomtatvány letölthető a Biztosító honlapjáról, vagy kérésre a Biztosító a (+36) 1-477-4825 telefonszámának felhívásával az ügyfélszolgálat kiküldi.
- 9.4. A biztosítási esemény bejelentéséhez szükséges dokumentumokat az egyes biztosítási eseményekre vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.
- 9.5. A Biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez, illetve a büntetőeljárásnak a bíróság jogerős ügydöntő határozatával vagy véglegessé vált nem ügydöntő végzésével történő befejezéséhez, valamint az ügyészségnek vagy a nyomozó hatóságnak a feltételes ügyészi felfüggesztés vagy közvetítői eljárás céljából történő felfüggesztéséről szóló, illetve további jogorvoslattal nem támadható eljárást megszüntető határozata meghozatalához nem kötheti. A Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.
- 9.6. A Biztosító az utolsó irat beérkezését követő 15 (tizenöt) napon belül érdemben elbírálja a szolgáltatási igényt, és amennyiben az igény megalapozott, az utolsó irat kézhezvételétől számított 30 (harminc) napon belül, átutalással teljesíti a biztosítási szolgáltatást. Az igény elutasításáról a Biztosító az utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül, álláspontját indoklással alátámasztva tájékoztatja a Biztosítottat.
- 9.7. A Biztosítónak csak magyar nyelven lehet kárt bejelenteni, az esetleges idegen nyelvű, káreseményhez kapcsolódó iratok hiteles fordításának költsége az igény érvényesítőjét terhelik.

10. KIZÁRÁSOK

- 10.1. Nem téríti meg a Biztosító a következményi károkat, továbbá azokat a károkat, amelyek háborúval, polgárháborúval, forradalommal, államok közötti fegyveres összeütközéssel, háborús cselekménnyel, harci cselekménnyel, terrorcselekménnyel, belső zavargással, lázadással, tüntetéssel, felvonulással, sztrájkjal, munkahelyi rendbontással, illetve radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, a nukleáris energia károsító hatásával vagy járvánnyal összefüggésben következnek be. Jelen Biztosítási Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

Harci cselekménynek minősül a határvillongás, a felkelés, a lázadás, a zavargás, a törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, idegen ország korlátozott célú harci cselekményei (például csak légi csapás vagy csak tengeri akció).

- 10.2. Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértene az ENSZ határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).
- 10.3. A Biztosító kizárja helytállási kötelezettségét a kibereemény következtében bekövetkezett károkra és költségekre, nem vagyoni sérelemre, valamint üzemszünetből származó károkra és költségekre.

Kiberesemény: nem kívánt vagy nem várt egyedi esemény vagy eseménysorozat, amely az elektronikus információs rendszerben, információtechnológiai rendszerben vagy az ezek által felügyelt és/vagy irányított rendszer(ek)ben kedvezőtlen változást vagy egy előzőleg ismeretlen károsító helyzetet idéz elő, és amelynek hatására az elektronikus információs rendszer, információtechnológiai rendszer által hordozott információ bizalmassága, sértetlensége, hitelessége, funkcionalitása vagy az ezek által felügyelt és/vagy irányított rendszer rendelkezésre állása és üzemszerű működése elvész, illetve megsérül.

A Biztosító abban az esetben sem nyújt szolgáltatást, ha a kiberesemény az információs technológia eszközeinek használatával következett be.

10.4. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amely oka részben vagy egészben a Biztosított elme és pszichiátriai kóros állapota.

10.5. A Csoportos Biztosítási Szerződés nem nyújt fedezetet azon eseményekre, amelyek bekövetkezése, illetve mértéke, súlyossága okozati összefüggésben van a Biztosítottal a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 (kettő) éven belül elkövetett öngyilkosságával, öngyilkossági kísérletével.

A Csoportos Biztosítási Szerződés szempontjából öngyilkosságnak, öncsonkításnak számít az is, ha azt a Biztosított tudatzavarban vagy kábítószeres befolyásoltság állapotában követte el.

10.6. A Csoportos Biztosítási Szerződés nem baleseti haláleseti szolgáltatás vonatkozásában nem nyújt fedezetet azon eseményekre, amelyek bekövetkezése, illetve mértéke, súlyossága okozati összefüggésben van a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekményével.

10.7. A Csoportos Biztosítási Szerződés nem nyújt fedezetet, ha a biztosítási esemény

- a) Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 (kettő egész ötvenegytized) ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a Biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

11. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

A Biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

Balesetbiztosítás és egészségbiztosítás esetén a Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Szerződő vagy a Biztosított, a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy az általános szerződési feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta. Ezt a rendelkezést a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell, kivéve egészségbiztosítás esetén, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

12. A FELEK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

12.1. A Szerződő köteles a szerződéskötéskor, a Biztosított pedig a csatlakozás időpontjában a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A Szerződő és a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítóval írásban bejelenteni. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor (az adott Biztosított vonatkozásában a csatlakozás időpontjában) ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**

Amennyiben a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi Biztosított vonatkozásában nem hivatkozhat.

Sem a Szerződő, sem a Biztosított nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

Az életbiztosítási és egészségbiztosítási szolgáltatások esetében a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a Biztosított csatlakozásától a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

- 12.2.** Ha a Biztosító a szerződéskötés, illetve az adott Biztosított vonatkozásában a csatlakozás után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított tizenöt napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított harmincadik napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

Amennyiben a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a Biztosító az előzőekben részletezett szerződésmódosítási, illetve felmondási jogát a többi Biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

Az egészségbiztosítás vonatkozásában nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a Biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége.

Az életbiztosítási és egészségbiztosítási szolgáltatások esetében, ha a Biztosító a szerződéskötést, adott Biztosított szerződéshez csatlakozását követően szerez tudomást a szerződéskötéskor, csatlakozáskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának, az adott Biztosított vonatkozásában a csatlakozástól számított első öt évben gyakorolhatja.

- 12.3.** A balesetbiztosítás és egészségbiztosítás vonatkozásában a Szerződő és a Biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. A Szerződő és a Biztosított a Biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a Biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre.

- 12.4.** A Szerződés vagy a Biztosító kockázatviselése megszűnése esetében a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Amennyiben az időarányos díjnál több díjat fizetettek be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles a Szerződőnek visszatéríteni, a Szerződő pedig a Biztosítóval elszámolni.

13. MARADÉKJOGOK

A Csoportos Biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem vonatkozik rá a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási joga, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcsön felvételére sem.

14. TÖBBLETHOZAM VISSZATÉRÍTÉS ÉS ÉRTÉKKÖVETÉS

A Csoportos Biztosítási szerződés alapján többlethozam visszajuttatására nem kerül sor. A Biztosító technikai kamatlábat nem alkalmaz. A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

15. A BIZTOSÍTÁS ELÉVÜLÉSE

A Csoportos Biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított 5 (öt) év elteltével elévülnek.

16. AZ ALKALMAZOTT JOG

A szerződés tekintetében a magyar jogrend az irányadó, az alkalmazandó jog a magyar.

17. A BIZTOSÍTÓ ADATAI

17.1. Általános adatok

Név: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1091 Budapest, Üllői út 1.
Cégjegyzékszám: 01-10-041365 Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Adószám: 10389395-4-44
Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank

17.2. Ügyfélszolgálatok

Személyes ügyfélszolgálat: A Biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségeinek (Központi Ügyfélszolgálati Iroda, Értékesítési pontok) címe és nyitvatartási ideje, valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alábbi linken található: alfa.hu/ugyintezes/elerhetosegek.html.

Telefonszám: (+36) 1-477-4800

Elektronikus elérhetőség: alfa.hu/irjonnekunk

17.3. Éves jelentés közzététele

A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés a Biztosító honlapján (alfa.hu) megtalálható.

18. PANASZKEZELÉS

- 18.1.** Jelen ügyfelek részére a Biztosító Panaszkezelési szabályzata alapján készített Ügyfélértékelő a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.), a 66/2021. (XII. 21.) MNB rendelet az egyes pénzügyi szervezetek panaszkezelésének formájára és módjára vonatkozó részletes szabályokról valamint a biztosítók, a többes ügynökök és az alkuszok panaszkezelésének eljárásával, valamint panaszkezelési szabályzatával kapcsolatos részletes szabályokról szóló 437/2016. (XII.16.) Korm.rendelet rendelkezéseinek megfelelően szabályozza az **Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) részére benyújtott, a Biztosító, vagy az általa megbízott partnerek tevékenységével, szolgáltatásaival, eljárásával kapcsolatos panaszok hatékony, átlátható és gyors kezelését.

A Biztosító befogad minden, a tevékenységével, termékeivel vagy szolgáltatásaival kapcsolatban felmerült bejelentést, továbbá biztosítja, hogy ügyfelei a Biztosító vagy megbízott partnerei magatartására, tevékenységére, vagy mulasztására vonatkozó panaszait szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) bejelenthessék. A Biztosító a panaszokat azok jellege szerint nyilvántartásba veszi, kezeli, kivizsgálja és írásban megválaszolja.

18.2. A Tájékoztató közzététele

A Biztosító jelen Ügyfélértékelőt a Panaszkezelési szabályzatról az ügyfelfogadásra nyitva álló helyiségeiben és honlapján (alfa.hu) teszi közzé.

18.3. Fogalmak

- a) **Fogyasztó:** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy
- b) **Panaszos:** Lehet természetes személy, jogi személy, jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság vagy más szervezet, aki/amely a Biztosító szolgáltatását igénybe veszi, vagy a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás címzettje.

A panasz képviselő vagy meghatalmazott útján történő benyújtása esetén a Biztosító megvizsgálja a képviseleti/eljárási jogosultságot, amelyet a benyújtó meghatalmazással igazol. Bejelentésre szolgáló nyomtatvány alkalmazása esetén a panaszos neve mellett fel kell tüntetni a panaszos – törvényes, illetve meghatalmazotti – képviselőjeként eljáró, panaszbenyújtó természetes személy nevét is (pl. vállalat képviselője, természetes személy meghatalmazottja, stb.). Hiányos vagy nem megfelelő meghatalmazás esetén a Biztosító kezdeményezi a meghatalmazottnál a meghatalmazás pótlását vagy javítását, kiegészítését.

A Biztosító az alakilag és tartalmilag megfelelő meghatalmazással rendelkező – az Ügyfél képviseletében eljáró személlyel – a Magyar Nemzeti Bank 16/2021. (XI.25.) ajánlásának (a továbbiakban: Ajánlás) 22. pontjában foglaltak szerint – együttműködik.

A panaszos általában ügyfele a Biztosítóknak, panaszosnak tekintendő azonban az a személy is, aki a Biztosító eljárását nem valamely konkrét szolgáltatással, hanem egyéb, a szolgáltatással összefüggő tevékenységével (pl. hirdetés, adatkezelés) kapcsolatban kifogásolja.

- c) **Panasz:** a Biztosító tevékenységével, szolgáltatásával, termékével vagy a Biztosító képviseletében eljáró partnerek termékértékesítéssel közvetlen kapcsolatban tanúsított magatartásával, tevékenységével vagy mulasztásával összefüggésben az Ügyfélől származó minden olyan írásban vagy szóban tett kritika, negatív értékelés vagy észrevétel, amellyel az Ügyfél elégedetlenségét fejezi ki a Biztosító eljárásával kapcsolatban..
- az Ügyfél részéről a Biztosító tevékenységével, szolgáltatásával szemben felmerülő minden olyan kifogás, amelyben az Ügyfél az általa előzetesen benyújtott kifogás/panasz kivizsgálásának eredményét el nem fogadva a Biztosító eljárását továbbra is kifogásolja.
 - a felügyeleti hatóságtól érkező, egyedi ügyfélbejelentések alapján indult eljárások minden esetben panasznak minősülnek.

- d) **Ajánlás:** A Magyar Nemzeti Bank 16/2021. (XI.25.) számú ajánlása a pénzügyi szervezetek panaszkezeléséről

18.4. A panaszbejelentés módja

A panaszügyeket, függetlenül attól, hogy a Biztosító mely szervezeti egységéhez érkeztek be azok tartalmának figyelembevételével – az alábbiakban meghatározott kivételektől eltekintve – kötelező haladéktalanul eljuttatni a Panaszirodának, ahol ezek a panasz-nyilvántartásban rögzítésre kerülnek.

A Biztosító adatkezelésével kapcsolatos észrevételeket, panaszokat, bejelentéseket amennyiben adatvédelmi incidensként nem kerülnek a NAIH felé jelentésre panaszként kell kezelni.

Az Ügyfél panaszának kivizsgálása térítésmentes, azért a Biztosító külön díjat nem számít fel. A Biztosító az ügyfél panaszát a panaszbeadvánnyal érintett ügyre vonatkozó összes körülmény figyelembevételével vizsgálja ki.

Az Ügyfelek bejelentéseiket szóban és írásban is közölhetik az alábbi módokon.

Szóbeli panasz személyesen vagy telefonon tehető:

- a) **személyesen:** valamennyi, az ügyfelek számára nyitva álló helyiségben
- **Központi Ügyfélszolgálati Iroda**
Cím: 1091 Budapest Üllői út 1.
Nyitva tartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00
 - **Értékesítési pontok**
Cím lista: alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.
- b) **telefonon:** (+36) 1-477-4800, külföldről is hívható telefonszámon csütörtökön 8.00 és 20.00 óra között, a hét többi munkanapján 8.00 és 16.00 óra között. Az irodák címe, és nyitvatartási valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alfa.hu/ugyintezes/elerhetosegek.html linken található.

A telefonos ügyfélszolgálaton keresztül a Biztosító munkatársai ügyélfogadási időben fogadják az ügyfelek panaszait. A Biztosító az Ügyfél telefonon történő panaszbejelentése esetében az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadás és ügyintézés biztosítására törekszik. Ennek keretében a hívás sikeres felépülésének időpontjától számított 5 (öt) percen belüli élőhangos bejelentkezés érdekében úgy jár el, ahogy az az adott helyzetben a Biztosítótól elvárható.

Írásbeli panasz az alábbi csatornákon tehető:

- a) **személyesen vagy más által:** az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján
 - **Központi Ügyfélszolgálati Iroda**
Cím: 1091 Budapest Üllői út 1. (1813 Budapest, Pf. 245)
Nyitva tartás: hétfő, kedd, szerda és péntek 8.00–16.00, csütörtök 8.00–20.00
 - **Értékesítési pontok**
Cím lista: alfa.hu/ugyintezes/ertekesitesi-pontok.html, a linken feltüntetett nyitvatartási időben.
- b) **postai úton:** Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Panasz és Kiemelt Ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22
- c) **telefaxon:** (+36) 1-476-5791
- d) **elektronikus úton** az alfa.hu/ugyintezes/online-panaszbejelent.es.html linken online, vagy az alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelent.es.html elhelyezett panaszbejelentőn vagy a panasz@alfa.hu e-mail címen.
- e) **adatkezelési ügyekben elektronikusan** az alfa.hu/adatbiztonsag oldalon vagy az adatvedelem@alfa.hu e-mail címen.

Az Ügyfélnek írásbeli panasz benyújtására személyesen vagy más által átadott irat útján is lehetősége van. A panasz képviselő vagy meghatalmazott útján történő benyújtása esetén a Biztosító megvizsgálja a képviseleti/eljárási jogosultságot, amelyet a benyújtó személy – a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvényben foglalt követelményeknek megfelelő teljes bizonyító erejű magánokiratba vagy közokiratba foglalt – meghatalmazással igazol. Hiányos vagy nem megfelelő meghatalmazás esetén a Biztosító kezdeményezi a meghatalmazottnál a meghatalmazás pótlását vagy javítását, kiegészítését.

Bejelentésre szolgáló nyomtatvány alkalmazása esetén a panaszos neve mellett fel kell tüntetni a panaszos – törvényes, illetve meghatalmazotti – képviselőjeként eljáró, panaszbenyújtó természetes személy nevét is (pl. vállalat képviselője, természetes személy meghatalmazottja, stb.).

Az Ügyfélre, az Ügyféllel fennálló szerződésre vonatkozóan a Biztosító információt kizárólag az Ügyfél (Szerződő, Biztosított, Szolgáltatásra jogosult) vagy érvényes és alakszerű, közokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt, a kért adatkört pontosan tartalmazó meghatalmazással rendelkező Meghatalmazott részére szolgáltat ki. Ez utóbbi esetben az Ügyfél által adott meghatalmazásban a kiszolgáltatható biztosítási titokkört (a kiadható adatok felsorolásával) az Ügyfélnek pontosan meg kell határozni.

A Biztosító az alakilag és tartalmilag megfelelő meghatalmazással – az Ügyfél képviseletében – eljáró személlyel – a Magyar Nemzeti Bank 16/2021. (XI.25.) ajánlásának (a továbbiakban: Ajánlás) 22. pontjában foglaltak szerint együttműködik.

A Biztosító az Ügyfelek rendelkezésére bocsát egy meghatalmazásra vonatkozó mintát, amely elérhető a Biztosító hivatalos honlapján valamint az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségekben.

A Biztosító az e-mailen keresztül érkezett panaszok esetében az automatikus visszaigazolásban írásbeli tájékoztatást nyújt panaszkezelési eljárásának fő szabályairól.

18.5. A panasz bejelentés adattartalma

A Biztosító a bejelentés kivizsgáláshoz különösen az alábbiakban felsorolt adat, dokumentumok megadását kérheti ügyfeleitől:

- neve,
- szerződés azonosító szám, Ügyfélazonosító,
- lakcíme, székhelye, levelezési címe,
- telefonszáma,
- értesítés módja,
- panasszal érintett termék vagy szolgáltatás,
- panasz leírása, oka,
- panaszos igénye,
- a panasz alátámasztásához szükséges, az Ügyfél birtokában lévő azon dokumentumok másolata, amely nem áll a Biztosító rendelkezésére,
- meghatalmazott útján eljáró Ügyfél esetében, érvényes meghatalmazás,
- a panasz kivizsgálásához, megválaszolásához szükséges egyéb adat.

Az Ügyfél azonosítására alkalmas adatok hiányában az Ügyfél részére kizárólag általános tájékoztatás adható. A Biztosító az Ügyfél azonosítása hiányában az Ügyfél szerződéseivel, azok meglétével, tartalmával kapcsolatban adatot nem szolgáltat ki.

A panasz írásban történő bejelentését az alfa.hu oldalon elérhető Panaszbejelentő nyomtatvány használata segítheti: alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelent.es.html – Panaszbejelentő nyomtatvány.

A formanyomtatványok elérhetők az MNB honlapján, melyek közül a panasz benyújtására szolgáló nyomtatványt a Biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségekben papír alapon vagy azt alábbi linken találja: <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/elerhetosegek>.

A Biztosító kéri a panaszos ügyfelet, hogy:

- fejtse ki panaszát és amennyiben van, igényét részletesen,
- csatolja a kitöltött nyomtatványhoz a panaszt alátámasztó dokumentumokat (lehetőleg másolatban),
- őrizze meg a nyomtatvány benyújtását vagy elküldését igazoló másolatot és egyéb dokumentumot.

A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

Amennyiben az Ügyfél a PBT eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül, a Biztosítónak minden esetben tájékoztatnia kell a fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávetési nyilatkozatot, valamint arról is, hogy ha Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de az Ügyfél kérelme megalapozott és a fogyasztónak minősülő Ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg a kétmillió forintot, akkor a PBT kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Továbbá meg kell adnia a PBT levelezési címét, és a fogyasztó külön kérésére meg kell küldenie a PBT által készített és a pénzügyi intézmény, független közvetítő rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.

18.6. A bejelentés fogadása, válaszadás, nyilvántartás

A Biztosító a panaszokat minden esetben egyedi azonosító számmal látja el, megteremtve az ügyfelek számára a későbbi hivatkozás lehetőségét.

A törvényi szabályozásnak megfelelően a Biztosítónak 30 (harminc) naptári nap áll rendelkezésére, hogy a beérkezett ügyfélpanaszt az Ügyfél részére megválaszolja. A határidőt a panasz beérkezési (írásban), átvételi (személyesen), felvételi (telefonon) napjától kell számítani, függetlenül attól, hogy a panasz a Biztosító mely szervezeti egységéhez érkezett. A határidő lejárat napja az a nap, amikor a Biztosító az ügyfelet értesíti, azaz az indokolással ellátott írásos tájékoztatás kiküldésre, postázásra kerül. Amennyiben a lejárat napja munkaszüneti nap, az azt megelőző munkanap a lejárat nap. A Biztosító az Ajánlás VIII./23. pontjában foglaltak szerint a szükségtelen késedelem nélküli válaszadásra törekszik minden panaszügy esetében.

A Biztosító adatkezelését érintő észrevételek, bejelentések, panaszok esetében a Biztosítónak 25 (huszonöt) naptári nap áll a válaszadáshoz rendelkezésére.

A Biztosító a szóbeli panaszt – amennyiben annak azonnali kivizsgálása lehetséges – megvizsgálja, és lehetőség szerint orvosolja.

Ha a telefonon tett szóbeli panaszra a válasz azonnal nem adható meg és a panasz nem orvosolható, vagy ha az Ügyfél a panasz kezelésével, illetve a Biztosító megoldásával nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az Ügyfél azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és azt az Ügyfélnek a panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontjával együtt megküldi. A jegyzőkönyv felvételét követően az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

Telefonos panaszfelvétel során a panasz azonosítására alkalmas adatokat meg kell adni a panaszosnak.

Ha a személyesen tett szóbeli panaszra a válasz azonnal nem adható meg és a panasz nem orvosolható, vagy ha a panaszos a panasz kezelésével, illetve a Biztosító megoldásával nem ért egyet, Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak kettő a jegyzőkönyvet felelő személy aláírásával ellátott példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az Ügyfélnek átadja, melyből egy példányt a panaszostól aláírva átvesz. A jegyzőkönyv felvételét követően az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

Amennyiben a szóban közölt panasz tartalmazza a panasz kivizsgálásához szükséges adatokat, akkor Biztosító abban az esetben is panaszként kezeli és kivizsgálja a panaszt, ha a panaszos a jegyzőkönyv tartalmát bármely oknál fogva nem hagyja jóvá.

Telefonon történő panaszfelvétel esetén a Biztosító és az Ügyfél közötti – a telefonos ügyfélszolgálatlal folytatott – telefonos kommunikációt hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt legalább öt évig megőrzi. A Biztosító a hangrögzítés tényéről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatja.

Az Ügyfél kérésére a Biztosító térítésmentesen intézkedik a hangfelvétel visszahallgatásáról vagy 25 napon belül vagy adathordozón az elvárt titkosítással ellátott hangfájl kiadásáról, továbbá – kérésére – 25 napon belül az Ügyfél rendelkezésére bocsátja a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet. Az itt rögzített szabályok érvényesek abban az esetben, ha az Ügyfél panaszt nem nyújtott be, csupán a hangfelvétel vagy a jegyzőkönyv kiadását kéri.

A jegyzőkönyvben a Biztosító a következő adatokat rögzíti:

- az Ügyfél nevét, lakcíme/székhelyét, levelezési címét,
- az Ügyfél panaszával érintett szerződés számát és az ügyfélszámot (Ügyfél-azonosító),
- az Ügyfél panasz előterjesztésének (jegyzőkönyv felvételének) helyét, időpontját, módját,
- az Ügyfél panaszának részletes leírását, a panasszal érintett kifogások elkülönítetten (felsorolás szerűen) történő rögzítésével annak érdekében, hogy az Ügyfél panaszában foglalt valamennyi kifogás teljes körűen kivizsgálásra kerüljön,
- az Ügyfél által bemutatott iratok, dokumentumok, egyéb bizonyítékok jegyzékét (személyes panasztétel esetén).

Az Ügyfél bejelentésére a választ azon a csatornán kapja meg, amelyen a panaszát bejelentette, de rendelkezhet arról, hogy a Biztosítótól milyen formában vár választ megkeresésére. A válasz kérhető hagyományos

- **postai levél** formájában – melyet a Biztosító minden esetben ajánlott küldeményként ad postára,
- **e-mailen** – melyet a Biztosító minden esetben az adatbiztonsági követelményeknek megfelelően titkosítva küld ki az Ügyfél Biztosítónál nyilvántartott elektronikus levélcímére – vagy

- **telefonon** keresztül megfelelő azonosítást követően, rögzített hangfelvétellel. A telefonon keresztül adott válaszok esetében a hangfelvételnek minden esetben tartalmaznia kell, hogy ügyfelünk a panaszra adott választ/intézkedést elfogadta. A telefonon történő tájékoztatás során jegyzőkönyvben rögzített, a panaszra adott választ tartalmazó dokumentumot, az eredeti panasz jegyzőkönyvvel és elutasítás esetén a panasz minősítésével és a jogorvoslati fórumokra vonatkozó tájékoztatással együtt postai úton küldi meg az Ügyfél részére.

Online felületen tett panaszok esetében a Biztosító a panaszra adott választ elektronikus úton küldi meg, kivéve, ha a panaszos ettől eltérően rendelkezik és a választ postai levélben kéri.

A Biztosító panaszkezeléssel foglalkozó munkatársai arra törekednek, hogy az ügyfélbejelentéseket minden körülményt figyelembe véve tekintsék át és érdemi, kifejtő választ adjanak az ügyfelek minden kifogására. A Biztosító ügyfelei panaszának megoldását valamennyi munkatársa köteles a legjobb szakmai tudása szerint, pontos információkkal és teljes elkötelezettséggel – a közérthetőséget, az átláthatóságot és a kiszámíthatóságot biztosítva – segíteni.

A Biztosító a panaszt és az arra adott választ 5 (öt) évig őrzi meg, és azt a Magyar Nemzeti Bank kérésére bemutatja.

A panaszokról, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről a Biztosító nyilvántartást vezet. A nyilvántartás tartalmazza:

- a panasz azonosító számát,
- a panasz leírását, a panasz tárgyát képező esemény vagy tény megjelölését,
- a panasz benyújtásának időpontját,
- a panasz rendezésére vagy megoldására szolgáló intézkedés leírását, elutasítás esetén annak indokát,
- az intézkedés teljesítésének határidejét és a végrehajtásért felelős személy megnevezését,
- a panasz igazolható megküldésének időpontját.

18.7. Jogorvoslati lehetőség

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az Ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat.

A fogyasztónak minősülő ügyfelek részére nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

Az Ügyfél a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testülethez, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Pénzügyi Békéltető Testület

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat címe: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Pénzügyi Békéltető Testület, 1525 Budapest, Pf. 172

Telefon: (+36) 80-203-776, (+36) 1-489-9700

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Bővebben a <https://www.mnbb.hu/bekeltetes> honlapon kaphat tájékoztatást.

Tájékoztatjuk, hogy az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett.

Amennyiben Biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de az Ügyfél kérelme megalapozott és a fogyasztónak minősülő Ügyfél érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg a kétfélmillió forintot, akkor a PBT kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Bíróság

Az Ügyfél panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

Társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó – a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény – fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértése esetén, a fogyasztó fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárását kezdeményezhet.

Magyar Nemzeti Bank – Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Pf. 777

Telefon: (+36) 80-203-776

Pénzügyi fogyasztóvédelem e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu.

Bővebben a www.mnbb.hu/fogyasztovedelem honlapon kaphat tájékoztatást.

A fogyasztónak minősülő Ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Fogyasztóvédelmi eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti.

Az igénylés módja: telefonon: (+36) 1-477-4800
postai úton: 9401 Sopron, Pf. 22
e-mailen: panasz@alfa.hu

A Biztosító a nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen az Ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton küldi ki.

A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján, az alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentenes.html#nyomtatvanyok weboldalon és az ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben is.

Fogyasztónak nem minősülő ügyfelek számára nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A fogyasztónak nem minősülő Ügyfél, panaszának a Biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat (www.birosag.hu).

A Biztosító adatkezelését érintő panaszok esetén nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A Biztosító adatkezelését érintő adatvédelmi panasz esetén, amennyiben az Ügyfél a Biztosító adatkezeléssel összefüggő panaszra adott válaszával nem ért egyet, bírósághoz, illetve a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is fordulhat.

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.
Levelezési cím: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, 1363 Budapest, Pf. 9
Hivatali kapu: Rövid név: NAIH KR ID: 429616918
Telefon: (+36) 1-391-1400
E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu
Honlap: www.naih.hu

19. BIZTOSÍTÁSI TITOK, ADATKEZELÉS

A Biztosító a Bit. felhatalmazása alapján biztosítási titoknak minősülő adatokat kezel. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási szerződés fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 4. § (1) bekezdés 12. pont

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Bit. 135. §

- (1) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító csak az Ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- (3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Bit. 136. §

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

Bit. 137. §

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a Biztosító vagy viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- c) a Biztosító vagy viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,
- d) a Biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.

Bit. 138. s

- (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
 - b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
 - c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
 - e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
 - g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
 - j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
 - k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
 - l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
 - m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
 - n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti Közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
 - o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
 - p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
 - q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
 - r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
 - s) a bonus–malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
 - t) a lábon álló növénykultúrára kötött mezőgazdasági biztosítási szerződésekben szereplő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
 - u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
 - v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal
- szemben, ha az a)–j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
- (2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- (2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.
- (3) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

- (3a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (4) A biztosító vagy a viszontbiztosító az (1) és (6) bekezdésekben, a 137. §-ban, a 140. §-ban és a 141. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- (5) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- (6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
 - a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (6a) A Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 69. § (3) és (4) bekezdésében, a Nemzeti Adó- és Vámhivatalról szóló 2010. évi CXXII. törvény 58. § (3) bekezdésében vagy a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) 262. § (3)–(5) bekezdésében meghatározottak szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy a viszontbiztosító az ügyészség engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni. A Be. 262/A. §-a szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy viszontbiztosító az ügyészségnek az ügyfélre vagy a biztosítási szerződésre vonatkozó külön engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni.
- (7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- (8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- (9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

Bit. 139. §

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

Bit. 139/A. §

A törvényben meghatározott feladatok hatékony teljesítése érdekében a biztosító vagy a viszontbiztosító a nyomozó hatósággal vagy az ügyészséggel együttműködési megállapodást köthet.

Bit. 140. §

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
 - a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
- (2) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Bit. 141. §

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
 - a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Bit. 142. §

- (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.
- (3) A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 143. §

- (1) A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- (3) A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- (4) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- (5) A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig
 - a) az elhunyt szerződő által kötött vagyonsbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjgyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére,
 - b) azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési feltételekről az elhunyt biztosított közeli hozzátartozója részére– annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltathat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja.
- (6) A közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő – (5) bekezdés szerinti – adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

Bit. 147. §

- (1) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.
- (2) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.
- (3) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban és az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényben foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

Bit. 147/A. §

- (1) A Hpt. 164/B. §-a alapján átvett adatokat a biztosító tevékenységi köre ellátásával összefüggésben a szolgáltatásai nyújtásához szükséges mértékben megismerheti, és az ügyfélkapcsolat létrehozásának és fennállásának időtartamában kezelheti, ha az ügyfél az adattovábbítást a (2) bekezdés szerint nem korlátozta vagy tiltotta meg.
- (2) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító ügyfele kifejezett nyilatkozatával jogosult korlátozni vagy megtiltani a Hpt. 164/B. § (2) bekezdése szerinti adattovábbítást.
- (3) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító az ügyféllel kötendő szerződést megelőzően köteles az ügyfél részére a Hpt. 164/B. §-ában foglalt kölcsönös adatátadás lehetőségéről igazolható módon tájékoztatást adni. Az írásbeli tájékoztatásban egyértelműen fel kell hívni az ügyfél figyelmét arra, hogy a személyes adatai a §-ban foglalt kezelésének lehetőségét bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja.

Bit. 148. §

- (1) A FATCA-törvény szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban ezen alcím tekintetében együtt: Számlatulajdonos) FATCA-törvényben foglalt Megállapodás 1. Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban ezen alcím tekintetében: illetőségvizsgálat).
- (2) Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja
 - a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
 - b) az Aktv. 43/B–43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
 - c) a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.

- (3) Az Aktv. 43/B–43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

Bit. 148/A. §

- (1) Az Aktv. szerinti, e törvény hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: intézmény) az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II–VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálatot (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: illetőségvizsgálat).
- (2) Az intézmény a Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben közzétett hirdetmény útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja
- a) az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- b) az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.
- (3) Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

Bit. 149. §

- (1) A biztosító (a továbbiakban: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3)–(6) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.
- (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.
- (3) A megkereső biztosító a baleset, a betegség és az életbiztosítás ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait,
- b) a biztosított személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat,
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat,
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat, és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító a járművek károsodása, szállítmány, tűz és elemi károk, egyéb vagyoni kár, hitel, kezesség és garancia, különböző pénzügyi veszteségek, jogvédelem, segítségnyújtás ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait,
- b) a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat,
- c) a b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat,
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat, és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (5) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 10–13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait,
- b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a (4) bekezdés b)–e) pontjában meghatározott adatokat,
- c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat,
- d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat,
- e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- (6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:
- a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
- b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.

- (7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
- (8) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
- (10) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (11) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.
- (12) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a (8)–(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- (13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (14) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

Bit. 150. §

- (1) A biztosítók – az 1. melléklet A) rész 3–6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza
 - a) a szerződő személy azonosító adatait,
 - b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait,
 - c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, és
 - d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.
- (2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő harminc napon belül továbbítja az Adatbázisba.
- (3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.
- (4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat nyolc napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.
- (5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.
- (6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandók.
- (7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a 138. § (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.
- (8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.
- (10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.
- (11) Biztosítási szerződés létrejötté esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.
- (12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
- (14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az (1) bekezdésben meghatározott célból kezelheti.
- (16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít.

Bit. 151. §

- (1) A 150. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 150. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő biztosítók megállapodást megelőző piaci részesedés szerint számított kétharmada megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.
- (2) Az adatbázis létrehozásának további feltétele, hogy az Adatbázisba adatot szolgáltató biztosítók az Adatbázisba továbbított adatok továbbításának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák.

20. ADATKEZELÉS, ADATTOVÁBBÍTÁS, ADATSZOLGÁLTATÁS

Jelen csoportos biztosítás megkötéséhez kapcsolódó adatkezelési tájékoztató elérhető a Biztosító honlapjáról: alfa.hu/wp-admin/admin-ajax.php?juwpfisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd_category_id=192&wpfd_file_id=21992&token&preview=1

21. VEGYES RENDELKEZÉSEK

A szolgáltatási igény bejelentésekor vagy a csatlakozási nyilatkozat megtételekor a Biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek. **Ha a Biztosított a biztosítási jogviszony szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, úgy a Biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.**

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások

Baleseti halál esetére szóló biztosítás

Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradékban foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a baleseti halál biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű balesete.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradékban meghatározott a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a baleset

- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés-rendészeti szabályt is megszegett, vagy
- a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- amiatt, vagy azzal összefüggésben történt, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- halotti anyakönyvi kivonat,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Közlekedési baleseti halál esetére szóló biztosítás Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradéban foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a közlekedési baleseti halál biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű közlekedési balesete.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **közlekedési baleset** a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.

Nem minősül közlekedési balesetnek a gyalogost, vagy utast érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradéban meghatározott a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a baleset

- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés- rendészeti szabályt is megszegett, vagy
- az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- azzal összefüggésben történt, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételeéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- rendőrségi jegyzőkönyv,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyv,
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
- a halál baleseti eredetét igazoló orvosi bizonyítvány,
- halotti anyakönyvi kivonat.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradéban foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még életében a Biztosítóhoz bejelentett és a Biztosító által megállapított maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó balesete.

Jelen biztosítási feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradéban meghatározott a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki, amennyiben a maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke eléri a Záradéban található Szolgáltatási táblában feltüntetett minimális mértéket.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
Mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
Mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
Egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csontolása)	100%
Mindkét comb elvesztése	100%
Mindkét lábszár elvesztése	90%
Mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
Egyik comb elvesztése	80%
Egyik felkar elvesztése	80%
Egyik lábszár elvesztése	70%
Egyik alkar elvesztése	70%
Beszélőképesség teljes elvesztése	70%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
Jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
Bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
Egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a Csatlakozási nyilatkozatban vagy Biztosított Nyilatkozatban nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvos-szakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a baleseti eredetű egészségkárosodás mértékének megállapítása független más orvos-szakértői testület döntésétől.

4. A Biztosító szolgáltatásait a táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
5. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében **egy Biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot**, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
6. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a baleset
- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés- rendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befo- lyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - amiatt vagy azzal összefüggésben történt, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
7. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:
- a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradéban foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még a Biztosított életében a Biztosítóhoz bejelentett – és a Biztosító által megállapított – maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó közlekedési balesete.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **közlekedési baleset** a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi, közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.

Nem minősül közlekedési balesetnek a gyalogost vagy utast érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradéban meghatározott a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki, amennyiben a maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke eléri a Záradéban található Szolgáltatási táblában feltüntetett minimális mértéket.

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
Mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
Mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
Egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csontolása)	100%
Mindkét comb elvesztése	100%
Mindkét lábszár elvesztése	90%
Mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
Egyik comb elvesztése	80%
Egyik felkar elvesztése	80%
Egyik lábszár elvesztése	70%
Egyik alkar elvesztése	70%
Beszélőképesség teljes elvesztése	70%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
Jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
Bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
Egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a *Csatlakozási nyilatkozatban* vagy a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a közlekedési balesetből eredő egészségkárosodás mértékének megállapítása független más biztosító, szakértő vagy orvosszakértői testület döntésétől.

4. **A közlekedési baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.**
5. A Biztosító szolgáltatásait a 3. pontban szereplő táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a közlekedési baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a közlekedési baleset után kerülhet megállapításra.
6. A közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy Biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások össze-sített százalékos mértéke **nem haladhatja meg a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg 100%-át**, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. **A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a közlekedési baleset**
 - a) a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés- rendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befo-lyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) amiatt vagy azzal összefüggésben történt, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:**
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
 - rendőrségi jegyzőkönyv,
 - üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradéban foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a Közlekedési baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító által rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező, még a Biztosított életében a Biztosítóhoz bejelentett – és a Biztosító által megállapított – maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodását (megrokkánását) okozó közlekedési balesete.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 2 éven belül maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodást (megrokkánást) szenved.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **közlekedési baleset** a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként elszenvedett szárazföldi, közúti balesete. Járműnek tekinthető jelen biztosítás szempontjából a KRESZ-ben ekként meghatározott közlekedési eszköz.

Nem minősül közlekedési balesetnek a gyalogost vagy utast érő olyan baleset, amelynek bekövetkeztében semmilyen mozgó jármű nem hatott közre, illetve a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradéban meghatározott a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki, **amennyiben a maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke eléri a Záradéban található Szolgáltatási táblában feltüntetett minimális mértéket.**

3. Végtagok, illetve szervek elvesztése esetén a maradandó egészségkárosodás mértéke a következő táblázat szerint kerül megállapításra:

Testrészek egészségkárosodása	Az egészségkárosodás mértéke
Mindkét szem látóképességének elvesztése	100%
Mindkét felkar, alkar vagy kéz elvesztése	100%
Egyik kar vagy kéz, és comb vagy lábszár együttes elvesztése (azaz felső végtag és alsó végtag együttes csonkolása)	100%
Mindkét comb elvesztése	100%
Mindkét lábszár elvesztése	90%
Mindkét lábfej elvesztése (boka szintjében)	90%
Egyik comb elvesztése	80%
Egyik felkar elvesztése	80%
Egyik lábszár elvesztése	70%
Egyik alkar elvesztése	70%
Beszélőképesség teljes elvesztése	70%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	70%
Jobb kéz elvesztése (csukló szintjében)	65%
Bal kéz elvesztése (csukló szintjében)	50%
Egyik lábfej teljes elvesztése (boka szintjében)	40%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	25%

Ha a Biztosított a *Csatlakozási nyilatkozatban* vagy a *Biztosítotti Nyilatkozatban* nyilatkozik arról, hogy balkezes, úgy a fenti táblázatban a jobb- és balkéz elvesztésére vonatkozó egészségkárosodási százalékok felcserélődnek.

Az itt fel nem sorolt esetekben a közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosszakértője állapítja meg. E biztosítás szempontjából a közlekedési balesetből eredő egészségkárosodás mértékének megállapítása független más biztosító, szakértő vagy orvosszakértői testület döntésétől.

4. **A közlekedési baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.**
5. A Biztosító szolgáltatásait a 3. pontban szereplő táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a közlekedési baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a közlekedési baleset után kerülhet megállapításra.
6. A közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy Biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások össze-sített százalékos mértéke **nem haladhatja meg a baleset időpontjában aktuális biztosítási összeg 100%-át**, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. **A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a közlekedési baleset**
 - a) a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés- rendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befo-lyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) amiatt vagy azzal összefüggésben történt, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. **A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:**
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
 - rendőrségi jegyzőkönyv,
 - üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítésre Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradéokban foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítésre biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó, és a jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező – Biztosító által téríthető – balesete, amelynek következtében a Biztosítottnak a 2. pontban meghatározott költségei merülnek fel. A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a baleset időpontja.

*Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazása szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosítottnak a balesettől számított 3 hónapon belül a 2. pontban meghatározott kiadásai keletkeznek. E biztosítás szempontjából a megemelések, rándulások, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás, napszúrás, rovarcsípés és mérgezés nem minősül balesetnek.*

2. Baleseti költségek

A Biztosító által vállalt, számlával igazolt, a balesettel okozati összefüggésben keletkezett károk indokolt költségei:

- Mentési költség, amennyiben a Biztosított a baleseti sérülése következtében mentésre szorul, vagy balesete következtében meghal, és holtteste csak mentéssel hozzáférhető.
- Szállítási költség, amennyiben a Biztosítottat a baleseti sérülése következtében a kezelésére alkalmas legközelebbi orvoshoz vagy kórházba, illetve orvosi javaslatra onnan hazaszállítják.
- A baleset során megsérült fog, műfog, korona, híd javításának költsége, amennyiben a sérülés igazoltan a baleset következménye, **kivéve azt a költséget, amely a baleset előtt már meglévő fog-, műfog-, korona-, hídhiba javítása miatt merül fel, illetve amely kivehető műfogsor sérüléséből adódik.**
- Gyógyászati segédeszközök beszerzésének a költsége, amennyiben az a balesetből kifolyólag, orvos által igazoltan vált szükségessé.
- Nem minősül térítendő költségnek az orvosi kezeléssel, valamint a fürdőkúrával és üdüléssel kapcsolatos utazási és tartózkodási költség, és a megrongálódott egyéb tárgyak javítási, újra beszerzési költsége.**

3. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megtéríti a jelen feltételek 2. bekezdésében meghatározott, számlával igazolt költségeket a Záradéokban meghatározott, Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg erejéig a jelen Különös Biztosítási Feltételek szerint. **Egyazon baleset kapcsán felmerülő költségeket ezen biztosítás alapján a Biztosító csak egyszer térít.**

4. A Biztosító teljesítésének feltételei

- A Biztosító által téríthetők azok a költségek, amelyek közvetlenül a bejelentett balesettel összefüggésben merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.
- A szolgáltatási igényt a számla keltétől számított 15 napon belül kell a Biztosítóhoz írásban bejelenteni.
- Késedelmes bejelentés esetén, amennyiben lényeges körülmények utóbb kideríthetetlené váltak, a Biztosító megtagadhatja a biztosítási összeg kifizetését.**

5. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a baleset

- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben elkövetett közlekedési szabálysértése során következett be, vagy
- bekövetkezésében a Biztosított által nem orvosi javallatra, illetve nem az előírt adagolásban szedett gyógyszer, altató-, vagy nyugtatószer, vagy
- kábító- vagy bódítószert hatása, vagy egyéb vegyi anyagok bódítószerként való használata, vagy
- engedélyhez kötött tevékenység engedély nélküli végzése hatott közre.

6. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a baleset bekövetkeztét igazoló baleseti jegyzőkönyvet,
- a baleseti sérülést igazoló orvosi bizonyítványt,
- a keletkező költségek kifizetését igazoló eredeti számlákat,
- a Biztosított hazaszállítása esetén a hazaszállítás szükségességét igazoló orvosi igazolást, kórházi zárójelentést.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradéban foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a napi térítést nyújtó, baleseti eredetű kórházi ápolás biztosítás biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Záradéban szereplő Szolgáltatási Táblában meghatározott tartamot elérő folyamatos kórházi ápolását idézi elő.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében 2 éven belül a Biztosított fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul, melyet zárójelentéssel igazol. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradéban meghatározott biztosítási összeget minden kórházi ápolási napra kifizeti.

Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150 %-át téríti.

Amennyiben a kórházi ápolás tartama alatt a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a megszűnést követő kórházi ápolási napokra a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.

3. A Biztosító egy biztosítási évben egy Biztosított vonatkozásában legfeljebb összesen a Záradéban meghatározott kórházi napokra nyújt térítést. Amennyiben az adott naptári évben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában nem végig állt fenn, úgy a Záradéban meghatározott napok száma a kockázatviselés tartamának megfelelően arányosan csökken.

A biztosítási eseményből következő kórházi ápolás napjainak számlálásánál az ápolás minden naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás is.

4. A jelen biztosítás szempontjából kórháznak minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartson fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben, szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

5. A jelen biztosítás alkalmazása szempontjából nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, elmebetegek és nem organikus idegbetegek gyógy- és gondozó intézetei, az utógondozók és elfekvők, az alkohol- és drogelfvonók, a gyógyüdülők és gyógyszállók, továbbá az idősok, értelmi fogyatékosok szociális otthonai, intézményei, illetve ezek betegosztályai.

6. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a baleset

- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés- rendészeti szabályt is megszegett, vagy
- a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolysáoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- amiatt vagy azzal összefüggésben történt, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. Nem biztosítási esemény: a balesettel összefüggésben kialakuló pszichiátriai betegségek, nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, illetve pszichoterápiás kórházi gyógykezelés.

8. A biztosítási szolgáltatás igénybevételehez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja, a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a zárójelentés hiteles fordítása.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradéban foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a Balesetből eredő műtét biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó – és jelen kockázatra is kiterjedő – kockázatviselésének hatálya alatt történt **balesete következtében** a Biztosított a kockázatviselés hatálya alatt orvos által elvégzett és orvosilag indokolt **műtét**.

*Jelen biztosítás szempontjából **műtét**en olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvos-szakmai szabályok betartásával végeznek, és szerepel a mellékelt Műteti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.*

*Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított 3 hónapon belül orvosilag indokolt műtétet végeznek. E biztosítás szempontjából a megemelések, rándulások nem minősül balesetnek.*

Nem biztosítási esemény az olyan műtét, amelynek szükségessége okozati összefüggésben áll a Biztosított testrészeinek, illetve szerveinek a biztosítás hatályaba lépését megelőzően már kialakult károsodásával.

2. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító a műtéteket a biztosítási szolgáltatás szempontjából a mellékelt Műteti táblázat szerint négy kategóriába – **kis, közepes, nagy, kiemelt műtétek** – sorolja be.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozóan **műteti térítést** fizet. A műteti térítés összege a Biztosítotton végrehajtott műteti eljárás kategóriájához tartozó, a Záradéban meghatározott biztosítási összeg.

Ha **egyazon műtét során ugyanazon testrészen, vagy szerveen több sebészeti eljárást** végeznek, akkor az adott testrészen, vagy szerveen végzett sebészeti eljárások miatt esedékes biztosítási szolgáltatás annak a beavatkozásnak alapján kerül meghatározásra, amely az alkalmazott eljárások közül a legmagasabb térítési kategóriába esik.

Ha **egyazon műtét során több testrészen, vagy szerveen** végeznek **sebészeti eljárásokat**, akkor a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészeken, vagy szerveken történt beavatkozások alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de **nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeget**.

Ha **ugyanazon baleset következtében** a balesetet követő egy éven belül **több – időben egymástól elkülönült – műtét**re kerül sor, úgy az adott baleset miatt végzett műtétekre együttesen kifizethető szolgáltatási összeg **nem haladhatja meg a kiemelt műtétekre vonatkozó biztosítási összeg kétszeresét**.

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő **felülvizsgálat**ához kötheti.

3. A jelen feltétel alkalmazása szempontjából **kórháznak** minősülnek az egészségügyi hatóságok által a vonatkozó törvényeknek és jogszabályoknak megfelelően engedélyezett és ilyenként nyilvántartott kórházak, klinikák, amelyek

- működésének elsődleges célja, hogy diagnosztikus és terápiás, orvosi és ápolási kapacitásokat tartsanak fenn sérült vagy beteg emberek fekvőbeteg-gyógyellátására,
- állandó orvosi felügyelet és irányítás alatt állnak, és
- feladataikat folyamatos munkarendben szakképzett ápolószemélyzet bevonásával látják el.

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha a baleset

- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- amiatt vagy azzal összefüggésben következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi, orvosi dokumentum, amely igazolja a műtéti beavatkozás baleseti eredetét és tartalmazza annak pontos megnevezését, illetve leírását,
- a nem magyarországi kórházi ellátás esetén a fentiek hiteles fordítását.

Műtéti táblázat

a baleseti műtétek szolgáltatási kategóriákba való besorolásához

I. Kis műtétek

- arctörések zárt helyretétele tűzéssel, szájsebészeti, de nem fogászati műtétek
- kisebb érsérülések helyreállítása, perifériás idegvarratok
- kisebb szemműtétek (kötőhártya, szaruhártya, szemhéjsérülések öltése, varrata, idegentest műtéti eltávolítása szem felületes rétegeiből)
- kisebb fül-, orrműtétek (pl. lágyszövet-sérülés, dobhártyasérülés ellátása)
- kis területű égés kezelése (testfelület 6%-a alatt, III-ad, IV-ed fokú), kisebb bőrátültetések, bőrpasztika
- mellüreg drainálása, légmell ellátása, idegentest eltávolítása bronchoscóppal, bordaresectio
- egyszerűbb ízületi és csontsérülések ellátása végtagokon, ín és szalagvarratok kézen, lábon arthroszkópos műtétek, kisebb amputációk (kézuji, lábujji)
- laparoszkoos eljárások (pl. epe, vakbél, sérv, kisebb nőgyógyászati laparoszkoos beavatkozások)
- külső nemi szervek műtétei a nemi szervek megtartásával

II. Közepes műtétek

- koponyasérülések műtétei (pl. agyhártyák vérömlenyeinek eltávolítása, koponyatörések ellátása), izolált gerincsérülés műtétei (pl. porckorong eltávolítás, egy csigolyára kiterjedő belső rögzítés)
- részleges arccsont- és állkapocstörések nyílt helyretétele, lágy és kemény szájpad helyreállító műtétei
- érpótlások és érátültetések nagyobb idegvarratok
- helyreállító szemműtétek (pl. íriszplasztika, szemizmon végzett műtétek), szemlencse eltávolítás, szembolygó eltávolítás
- közepes fül-, orr- és gége műtétek (pl. gégerectomia)
- testfelület 6–20 %-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
- mellüregi beavatkozások: rekeszizom ellátása, mellhártyakiirtás, tüdőlebeny kiirtás, mellműtétek
- máj, hasnyálmirigy, vese, bél sérülésének ellátása lépeltávolítás, veseeltávolítás
- végtagrögzítés (csavar, velőűr-szeg, lemez) csonteltávolítás, csontpótlás ízületeken végzett közepes műtétek: ínátültetések, kisebb protézisek beültetése részleges végtag amputációk
- nemi szervek nagyobb műtétei

III. Nagy műtétek

- agysérüléssel járó koponyasérülések műtétei
- kiterjedt gerincsérülések műtétei (pl. több csigolyát érintő belső rögzítés, gerincvelő sérülések műtétei)
- arccsont és állkapocs eltávolítása
- nagyerek helyreállító műtétei, helyreállító idegműtétek, idegátültetések
- testfelület 20–40%-át érintő III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
- féloldali tüdőkiirtás, mellkasfal helyreállítása
- nagyobb hasüregi beavatkozások (pl. gyomor, vastagbél teljes kiirtása)
- nagy műtétek ízületeken, nagyízületi protézisek behelyezése, teljes végtag amputációk

IV. Kiemelt műtétek

- súlyos koponya és agysérülések nyílt műtétei
- gerinccsatorna műtétei gerinctörés esetén
- testfelület 40%-ánál nagyobb kiterjedésű, III-ad, IV-ed fokú égési sérülések műtétei
- kiterjedt, életmentő, mellüregi műtétek
- szerv transzplantáció

Kizárások

- bőrvarratok és szövődmenyek ellátása
- műtéti sebek/hegek műtetet követő ellátása (sebtisztítás, váladékelvezetés)
- műtet során behelyezett idegen anyagok (pl. lemez, szeg) eltávolítása
- bőrfelszíni és bőr alatti szövetek sérüléseinek műtéti ellátása
- idegen test eltávolítása bőr alatti szövetekből, testnyílásokból
- fogászati műtétek, fogeltávolítás
- I–II fokú égések ellátása

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások

Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló progresszív térítést nyújtó biztosítás

Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradékból foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a progresszív térítést nyújtó, baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amelynek következtében csonttörést, illetve csontrepedést szenved.

*Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított 3 hónapon belül megállapíthatóan, de még a tartam alatt csonttörést illetve csontrepedést szenved. E biztosítás szempontjából a megemelések, rándulások, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából a fogtörés és a veleszületett, illetve időskori csontrendszeri rendellenességből (oszteoporózis, stb.) származó csonttörés nem minősül biztosítási eseménynek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradékból meghatározott biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százalékát fizeti ki.

Egyszerű törések*	Egyszerű törések*	Végtagtörések**	Egyéb kiemelt testtájéki törések***
Csontrepedés (fissura)	10 %	20 %	25 %
Csonttörés (fractura)	15 %	35 %	50 %
Súlyos csonttörés (nyílt, darabos, sorozattörés)	20 %	70 %	100 %

* Egyszerű törések: kézujj, lábujj, borda, szegycsont, orrcsont-törés

** Végtagtörések: felsővégtag: kulcscsont, lapocka, felkarcsont, alkarcsontok, kéztőcsontok, kézközépcsontok

alsóvégtag: csípőízület (ízüvpa), combnyak, combcsont, térdkalács, lábszárcsontok, lábtőcsontok, lábközépcsontok

*** Egyéb kiemelt testtájéki törések: koponyacsontok (kivéve orrcsont), gerinc, keresztcsont, medencecsont

Ha a Biztosított **ugyanazon biztosítási esemény következtében** ugyanazon testrészen különböző súlyosságú csonttörést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a legsúlyosabb csonttörés figyelembevételével állapítja meg.

Amennyiben **ugyanazon biztosítási esemény kapcsán** több testrész sérül, úgy a biztosítási szolgáltatás az egyes testrészek alapján esedékes biztosítási szolgáltatások összege, de a Biztosító által **az együttesen kifizethető szolgáltatási összeg nem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.**

Viták esetekben a csonttörés mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

3. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a baleset

- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés- rendészeti szabályt is megszegett, vagy
- a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befo-lyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- amiatt vagy azzal összefüggésben következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a csonttörést vagy csontrepedést dokumentáló orvosi igazolások,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások

Baleseti eredetű égési sérülésre szóló biztosítás

Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradékból foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet a Baleseti eredetű égési sérülés biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező baleseti eredetű égési sérülése.

Jelen Biztosítási Feltétel szerint **baleset** a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül műlekony vagy maradandó sérülést szenved vagy meghal.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradékból meghatározott, a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő részét fizeti ki.

A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a következő:

Térítés: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka	Testfelület		
Mélység	0-10%	11-40%	41-100%
I. fokú	—	—	10%
II. fokú	10%	25%	50%
III. fokú	50%	100%	200%

Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatásának mértékét a legmagasabb fokú és/vagy kiterjedtségű sérülés figyelembevételével állapítja meg.

A Biztosított igazoltan az égési sérülések következtében hal meg, akkor a Biztosító a kedvezményezett részére az égési sérülések fokától és kiterjedtségétől függetlenül a biztosítási összeg 100%-át fizeti, de **levonja az addig erre a sérülésre már kifizetett összegeket**.

Az égési sérülés mértékét és az okozati összefüggés fennállását a Biztosító orvosa állapítja meg, és az független más hatósági, egészségügyi vagy biztosítási szerv döntésétől.

3. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a baleset

- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés- rendészeti szabályt is megszegett, vagy
- a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befo- lyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- amiatt vagy azzal összefüggésben következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- kórházi zárójelentés,
- a sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások,
- üzemi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyvet,

A Biztosított halála esetén továbbá:

- a halotti anyakönyvi kivonat,
- a halottvizsgálati bizonyítvány.

Alfa Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítások Baleseti eredetű keresőképtelenség esetére szóló, egyösszegű térítést nyújt biztosítás Különös Biztosítási Feltételei

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: alfa.hu

Érvényes: 2025. június 1-től

A Különös Biztosítási Feltétel az Alfa Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítások Feltételeiben (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltétel) és a Záradékan foglaltakkal együtt érvényes, amennyiben a Csoportos Baleset-, Élet és Egészségbiztosítási Szerződés, illetve a Csatlakozási nyilatkozat vagy Biztosított nyilatkozat szerint a biztosítási fedezet az egyösszegű térítést nyújtó, baleseti eredetű keresőképtelenség biztosítási eseményre is kiterjed. Jelen Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltétel, illetve a Záradék az irányadó. Amennyiben a Különös Biztosítási Feltétel az Általános Biztosítási Feltételtől eltérő rendelkezést tartalmaz, úgy a Különös Biztosítási Feltétel rendelkezése az irányadó, amennyiben pedig a Záradék eltérő rendelkezést tartalmaz a Különös Biztosítási Feltételtől, úgy a Záradék rendelkezése az irányadó.

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító jelen kockázatra is kiterjedő kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Biztosítottnak a Záradékan meghatározott tartamot elérő vagy azt meghaladó, orvosi szempontból indokolt folyamatos keresőképtelenségét idézi elő.

*Jelen biztosítás szempontjából **keresőképtelen** az, aki balesete miatt munkáját – orvosi szempontból indokoltan – nem tudja ellátni, és aki a vonatkozó jogszabályok alapján a betegszabadság, illetve a táppénz igénybevételére jogosult. A keresőképtelenség tartamát és okát az arra érvényes jogszabályok szerint feljogosított orvos, illetve kórház igazolhatja.*

*Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazása szempontjából **baleset** a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesettől számított 3 hónapon belül keresőképtelenné válik, orvosi kezelésre vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.*

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a Záradékan meghatározott, a Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

Amennyiben a keresőképtelenség tartama alatt a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik, úgy a **megszűnést követő keresőképtelenségi időre és eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége is megszűnik.**

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti.

3. A keresőképtelenség napjainak számlálásánál a keresőképtelenség minden naptári napja egész napnak számít, így a keresőképtelenségre való felvétel és elbocsátás, vagy az esetleges elhalálozás napja is.

4. Ugyanazon balesettel összefüggésben szükségessé váló, egymást megszakítással követő keresőképtelenségek esetén a biztosítási összeg legfeljebb egyszer kerülhet kifizetésre.

5. A baleset előtt már fennállott megbetegedéssel, egészségkárosodással összefüggő keresőképtelen állapotra a Biztosítónak térítési kötelezettsége nincs.

6. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározottakon kívül abban az esetben, ha a baleset

- a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés- rendészeti szabályt is megszegett, vagy
- a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- amiatt vagy azzal összefüggésben következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

7. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

- a keresőképtelenség tényét és tartamát igazoló, érvényesen kitöltött, az OEP által rendszeresített „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről”, illetve „Orvosi igazolás” a keresőképtelenség meghosszabbításáról nyomtatvány(ok) vagy azoknak hiteles másolata,
- a keresőképtelenséget megállapító orvos igazolása a keresőképtelenség baleseti eredetéről, konkrétan megnevezett okáról, a keresőképtelenséget okozó baleset időpontjáról,

- szükség esetén a Biztosító által bekért egyéb, a keresőképtelenséget megelőző egészségi állapotra, illetve betegségekre vonatkozó orvosi igazolások.

Kórházi ápolás esetén:

- „Igazolvány” a kórházi ápolás időtartamáról,
- kórházi zárójelentés, amely az ápolás baleseti eredetét is igazolja.