

# Személyek baleseti biztosításának általános feltételei

## 1. pont: ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- [1] A személyek baleseti biztosításának általános feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) részét képezik a személyek baleseti biztosítása szerződésnek, mely létrejött a Biztosított és a Triglav Biztosító (a továbbiakban: Szerződő) között.
- [2] Ezen feltételek szabályozzák a Biztosított és a Biztosító viszonyát a megállított biztosítási módokra, mint pl:
- baleset következtében bekövetkezett halálestet,
  - általános cselekvőképesség maradáno elvesztése (maradandó rokkantság),
  - átmeneti cselekvőképeltenség rendszeres munkavégzéshez,
  - kórházi elhelyezés és gyógykezelés,
  - gyógykezelési költségek felmerülése.
- Az egyéb eseteket külön vagy kiegészítő feltételek szabályozzák a biztosítási kötvényben.
- [3] Az általános feltételekben szereplő fogalmak értelme az alábbi:
- **Szerződő** – természetes vagy jogi személy, amely biztosítási szerződést köt a Biztosítóval;
  - **Biztosított** – az a személy melynek elhalálozásától, rokkantságától vagy gyógykezelésétől baleset következtében függ a biztosítási összeg kifizetése vagy a visszafizetés;
  - **ajánlattevő** – az a személy aki biztosítást kíván kötni és ezzel a szándékkal írásbeli vagy szóbeli ajánlatot tesz a Biztosító felé;
  - **ajánlat** – a Biztosító formanyomtatványa, mely tartalmazza a szerződés főbb elemeit;
  - **jogosult** – az a személy akinek a Biztosító kifizeti a biztosítási összeget vagy a visszafizetést;
  - **kötvény** – okirat a megkötött biztosítási szerződésről;
  - **biztosítási összeg** – a legmagasabb összeg, amelyre a Biztosító garanciát vállal;
  - **prémium** – az összeg, amelyet a Szerződő a biztosítási szerződés szerint fizet;
  - **rokkantság** – a cselekvőképesség teljes vagy részleges elvesztése, ami a baleset következménye;
  - **térítés** – az összeg amelyet a Biztosító kifizet és amelynek kifizetése a Biztosító kötelessége egyes biztosítási esetekben;
  - **átmeneti fedezet** – átmeneti bizonyíték a megkötött biztosításról, amely tartalmazza a biztosítási szerződés jelentős.

## 2. pont: A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE

- [1] A biztosítási szerződés megköthető szóbeli vagy írásbeli ajánlat alapján.
- [2] A Biztosító kérheti, hogy az ajánlattevő az ajánlatot külön nyomtatványon nyújtsa be. Amennyiben a Biztosító az ajánlatot nem fogadja el, 8 napon belül a kézhezvételt követően köteles erről értesíteni az ajánlattevőt. Amennyiben a Biztosító ezen határon belül nem utasítja vissza az ajánlatot, amely nem mond ellent a feltételeknek, melyek szerint a biztosítást megkötik, úgy tekintendő, hogy a szerződés létrejött amikor a Biztosító átvette az ajánlatot.
- [3] Amennyiben a Biztosító az ajánlatot csak külön feltételek mellett hajlandó elfogadni, a biztosítás azzal a nappal kezdődik, amikor a Szerződő elfogadta ezeket a feltételeket.
- [4] Úgy tekintendő, hogy az ajánlattevő visszalépett az ajánlatától, amennyiben a külön feltételeket nem fogadta el 8 (nyolc) napon belül a Biztosító ajánlott közleményének kézhezvételét követően.
- [5] A biztosítási szerződés létrejött, amikor a Szerződő és a Biztosító aláírják a kötvényt vagy az átmeneti fedezetet.
- [6] A biztosítási szerződés érvénytelen, ha a megkötés időpontjában a biztosítási eset már bekövetkezett, folyamatban volt annak bekövetkezése vagy bizonyos volt, hogy be fog következni. Ebben az esetben a már befizetett prémium visszafizetésre kerül a Szerződő részére.
- [7] A Szerződőnek jogában áll 15 napon belül a szerződés megkötését követően elállni a biztosítási szerződéstől, de csak abban az esetben, amikor a több mint 30 napnál korábban megkötött hosszú távú szerződésről van szó. A visszalépést írásban kell közölni és eljuttatni a Biztosítóhoz a határidő lejártáig, mi szerint időben kézbesítettnek tekintendő, ha a határidő lejártáig előtt ajánlottan postára adták. Ebben az esetben a Biztosító jogosult visszatarítani a biztosítási prémiumot a biztosítási fedezet minden napjára.
- [8] A biztosítási szerződés és annak minden melléklete csak akkor érvényesek, amennyiben azokat írásos formában kötötték meg. A kérelmek, értesítések és nyilatkozatok akkor tekintendők határidőben benyújtottnak, amennyiben átadásra kerültek a szerződés szerinti határidők lejártáig előtt. Beérkezési napnak az a nap tekintendő, amikor az ajánlott küldeményt postára adták.
- [9] A Biztosító hosszú távú szerződés esetében úgy dönthet, hogy a biztosítás létrejött maga a prémium kifizetésével.

## 3. pont: A SZERZŐDŐ KÖTELESSÉGEI ÉS A KÖTELESSÉGEK NEM TELJESÍTÉSÉNEK A KÖVETKEZMÉNYEI

- [1] A Szerződő a szerződés megkötését követően köteles a Biztosítóhoz bejelenteni minden olyan körülményt, amely jelentős a kockázat becslése tekintetében és amelyek számára ismertek, vagy ismertek kell, hogy legyenek. Amennyiben a Szerződő szándékosan nem jelenti be, vagy szándékosan tévesen jelenti be vagy elmulasztja ilyen jellegű tény bejelentését, így a Biztosító nem kötné meg a szerződést ha tudomása volna a tényleges állapotról, a Biztosító kérheti a szerződés felbontását vagy megtagadhatja a térítés kifizetését. Amennyiben a szerződést felbontották, a Biztosító visszatartja a már befizetett prémiumokat és jogosult követelni a prémiumot azon biztosítási időszakra, amelyben követelte a szerződés felbontását.
- [2] Amennyiben a Szerződő, amely nem szándékosan közölt téves adatokat vagy elmulasztotta a kötelező bejelentést, a Biztosító saját döntése szerint – egy hónapban, azon naptól, amikor tudomást szerzett a bejelentés téves mivoltáról vagy hiányáról, kijelentheti, hogy felfüggeszti a szerződést vagy javasolhatja a prémium megnövelését a nagyobb kockázat arányában. Ezen esetben tizennégy nap után, miután a Biztosító bejelentette, hogy felfüggeszti a szerződést, a szerződés megszűnik. Amennyiben javasolja a prémium növelését, a szerződés tizennégy nap után a kézhezvételt követően a törvény erejével megszűnik, amennyiben a Szerződő nem fogadja el az ajánlatot.
- [3] Amennyiben a szerződést az előző bekezdés rendelkezései szerint bontják fel, a Biztosító köteles a visszafizetni a prémium azon részét, amely a biztosítási időszak végének időpontjáig vonatkozik.
- [4] Amennyiben a biztosítási eset korábban következett be, mielőtt megállították a bejelentés téves mivoltát vagy hiányát, vagy azt követően, de a szerződés felbontása illetve a megállapodás előtt a prémium növeléséről, a biztosítási összeget lecsökkentik a befizetett prémiumok és azon prémiumok közötti arányban, amelyeket fizetni kellett volna tekintettel a tényleges kockázatra.

## 4. pont: SZEMÉLYEK, MELYEKRE EZEN SZERZŐDÉS SZERINT BIZTOSÍTÁS KÖTHETŐ

- [1] Biztosítás köthető 14 és 75 éves kor közötti személyekre. A 14 évnél fiatalabb és a 75 évnél idősebb személyekre külön, vagy kiegészítő feltételek mellett köthető biztosítás.
- [2] Azon személyekre, amelyeknél amelyeknek az általános cselekvőképességük súlyos betegség, súlyos testi fogyatékoság és rendellenesség következtében csökkent a 8. szakasz (1) bekezdés 6. pontja értelmében, megnövelt prémium fizetése mellett köthető biztosítás.
- [3] Azon személyekre, amelyek teljes mértékben elveszítették a cselekvőképességüket, minden esetben ki vannak zárva a biztosításból, kivéve ha a törvényi előírások másképp nem rendelkeznek.

## 5. pont: BALESET

- [1] Balesetnek minősül hirtelen, váratlan és a Biztosított személy akaratától független esemény, amely kívülről és váratlanul hat a Biztosított testére, így halálestet, maradandó rokkantságot, átmeneti cselekvőképeltenséget, okoz, kórházi elhelyezéssel, gyógykezeléssel vagy gyógykezelési költségekkel jár.
- [2] Baleset alatt az előző bekezdés értelmében különösen az alábbiak értendőek: elgázolás, ütközés, ütés tárgyval, vagy ütődés valamilyen tárgyhoz, áramütés vagy villámcsapás, zuhanás, elcsúszás, sérülés fegyver vagy más robbanóanyagot tartalmazó eszköz által, szúrás valamilyen eszközzel, állatok ütése vagy harapása.
- [3] Balesetnek tekintendők ugyancsak az alábbi váratlan, hirtelen és a Biztosított személy akaratától független események:
- 1/ mérgezés mérleg fogyasztása által az étellel vagy kémiai anyagokkal;
  - 2/ mérgezés gázok vagy mérgező gőzök belélegzése által, kivéve a munkahelyi ártalmakat;
  - 3/ sebfertőzés olyan seben, amely baleset következménye;
  - 4/ tűz vagy elektromosság, forró tárgyak, folyadékok vagy gőzök, savak és lúgok által okozott égési sérülések;
  - 5/ fulladás;
  - 6/ fulladás betemetés következtében (földdel, homokkal, vagy hasonlóval), ugyancsak gőzök vagy gázok belélegzése következtében – kivéve a munkahelyi ártalmakat;
  - 7/ túlzott testi megerőltetés, hirtelen testmozdulatok, amelyek nem küldő hatás miatt következnek be, de legalább izomhúzódszt, ficamodást, insztrakadást okoznak, melyek ultrahanggal, artroszkópiával vagy MRI vizsgálattal megállapíthatók, egészséges csontok törése, maradó egészséges fogak törése (nem kezelt fogaknál), amit közvetlenül a sérülést követően a kórházban vagy egészségügyi intézményben megállapítottak;

- 8/ fény, napsugárzás vagy hő hatása, amennyiben a Biztosított baleset következtében ki volt téve ezen hatásoknak, amely baleset közvetlenül ez előtt történt, vagy emberi élet mentése következtében.
- [4] Az ezen feltételek szerint nem minősül balesetnek:
- 1/ minden szokásos, fertőző betegség vagy munkahelyi ártalom, sem pedig azon betegségek, amelyek állatok harapásával vagy szúrásával terjednek (kullancs által terjesztett agyhártyagyulladás, borreliózis, malária és hasonló);
  - 2/ pszichikai diszfunkciós állapot (poszttraumatikus stressz-zavarok, depressziós és szorongásos állapot, szervi személyiségzavarok és hasonló), tekintet nélkül az okára;
  - 3/ hasi, köldök- és vizenyős sérvek, kivéve azokat, amelyek közvetlenül a hasfal sérülésének következményei közvetlen külső behatás miatt és s érv mellett klinikailag megállapították a hasfal lágy részeinek a sérülését az adott tájékon;
  - 4/ fertőzések és betegségek, amelyek allergia, töréshályagok és más bőrkínóvások kivágása vagy letépése következményei, valamint bomlás eredetű betegségek;
  - 5/ anafilaktikus sokk, kivéve amennyiben a baleset következményeinek gyógykezelése közben keletkezett;
  - 6/ testi túlterhelés, hirtelen testmozdulatok, amelyek külső hatás nélkül következnek be, amelyek nem okoznak a 7. szakasz (3) bekezdésében felsorolt következményeket;
  - 7/ csigolyák közötti sérv (hernie disci intervertebralis), tekintet nélkül az okára, bármilyen típusú lumbalgia, porckorong sérv, szakralgia, cervicobrachialgia, valamint egyéb idegyökér irritáció, miofascitis, kokcidinia, faridegzsába, fibrozitis és a medence-derék tájék bármilyen elváltozása, amelyeket megfelelő fogalmak határoznak meg, valamint a ismétlődő (szokásos vagy visszatérő) ficam vagy rándulás ezen a tájékon, tekintet nélkül az okára;
  - 8/ retina leválás (ablatio retinae), kivéve azt, amely közvetlen ütés vagy az egészséges szem sérülése következményes és a sérülést közvetlenül a balesetet követően megállapították a kórházban;
  - 9/ a deliriumj tremens következtében és kábítószeres vagy más pszichoaktív gyógyszerek hatásaként keletkezett következmények;
  - 10/ orvosi beavatkozások, amelyeket gyógykezelés vagy betegség megelőzése céljából végeznek;
  - 11/ a csontok, fogak, porcok kóros elváltozásai és kóros epiphysiolysis;
  - 12/ vírusos vagy szalmonella fertőzés, vagy fertőzés más patogén baktérium bevitelével.

## 6. pont: A BIZTOSÍTÁS IDŐTARTAMA ÉS GARANCIÁK

- [1] Amennyiben kifejezetten nem állapodtak meg másképp és ez nem szerepel a biztosítási kötvényen, a biztosítás kezdete azon a napon 24,00 órakor, amely a biztosítási kötvényen szerepel, mint a biztosítás kezdete, és megszűnik azon a napon 24,00 órakor, amely a biztosítási kötvényen szerepel, mint a biztosítás vége.
- [2] Amennyiben a biztosítási kötvényen csak a biztosítás kezdete szerepel, a biztosítás évről évre meghosszabbodik, mindaddig amíg azt valamelyik fél fel nem mondja.
- [3] A biztosítás mindegyik Biztosított számára megszűnik, tekintet nélkül arra, hogy meghatározták-e és milyen időtartamban annak érvényességét, az adott napon 24,00 órakor az alábbi esetekben:
- 1/ a Biztosított lehalálozik vagy nála 100%-os rokkantságot állapítanak meg;
  - 2/ a Biztosított cselekvésképtelenné válik;
  - 3/ lejár a biztosítási év, melyben a Biztosított betölti 75. életévét;
  - 4/ Lejár az ezen feltételek 10. szakasza (3) bekezdésében leírt határidő, a prémiumot, vagy a prémium részletet nem fizették be;
  - 5/ a jelen feltételek 15. pontja szerint felmondták a szerződést.
- [4] Amennyiben határozottan nem állapodtak meg másként és ez nem szerepel a biztosítási kötvényen, a biztosítási garancia érvényességének a kezdete azon napon 24,00 órakor, amely a biztosítási kötvényen szerepel, de nem korábban mint a biztosítás kezdete azon a napon 24,00 órakor amikor az első prémium vagy prémium részlet befizetésre került.
- Amennyiben a kötvényen a prémium befizetése fizetési meghagyás által szerepel, a biztosítási garancia kezdete azon a napon 24,00 órakor, ami a kötvényen a biztosítás kezdeteként szerepel, illetve abban az időpontban, ami a kötvényen szerepel mint a garancia kezdete.
- [5] A Biztosító garanciája megszűnik legkésőbb azon a napon 24,00 órakor, amikor a biztosítás megszűnik.

## 7. pont: A BIZTOSÍTÓ KÖTELESSÉGEINEK TERJEDELME

- [1] Garanciaállás esetén, a balesetért a Biztosító kifizeti az alábbiakat:
- 1/ haláleseti biztosítási összeget, amennyiben a Biztosított baleset következtében elhalálozott, illetve rokkantsági biztosítási összeget, amennyiben a Biztosítottnál a baleset következtében teljes rokkantság következett be;
  - 2/ a rokkantsági biztosítási összeg megfelelő százalékát, amely megfelel a részleges rokkantság százalékának, amennyiben a balesetben a Biztosítottnál részleges rokkantság következett be;
  - 3/ napi térítést a jelen általános feltételek 14. szakasza (7) és (8) bekezdése szerint, amennyiben a baleset következtében a Biztosított átmenetileg cselekvésképtelen volt a rendszeres napi munkavégzésre;
  - 4/ gyógykezeltési költségek térítését a jelen általános feltételek 14. szakasza (9) és (10) bekezdése szerint;
  - 5/ kórházi kezelési napok után járó térítést jelen általános feltételek 14. szakasza (11) bekezdése szerint;

- 6/ egyéb szerződéses köteleességeket a külön vagy kiegészítő feltételek szerint.
- [2] A Biztosító fentiekben felsorolt köteleességei azon balesetekre vonatkoznak, amelyek azon tevékenységek során következnek be, melyek kifejezetten szerepelnek a kötvényen.
- [3] A Biztosító köteleessége azon balesetekre vonatkozik, melyek a biztosítási garancia érvényessége alatt következnek be és azon baleseti következményekre, melyet a balesetet követő egy éven belül megállapítottak az orvosi dokumentációban.

## 8. pont: A BIZTOSÍTÓ FELELŐSSÉGÉNEK KORLÁTOZÁSAI

- [1] Amennyiben kifejezetten nem állapodtak meg és nem kerül befizetésre megfelelő magasabb prémium, a megállapított biztosítási összegeket lecsökkentik a ténylegesen befizetett prémium és azon prémium arányában, amit be kellett volna fizetni a baleset bekövetkeztének időpontjában:
- 1/ külön veszélyes tevékenységek végzésénél, mint pl.: aknamentés, gránátok és más robbanószeres hatástalanítás, vadhajítás vadászaton, kaszkadőr tevékenység és szereplés különösen veszélyes filmjelenetekben, professzionális és élsport tevékenység, professzionális merülés;
  - 2/ bármilyen típusú légi járművek vezetése és irányítása, kivéve az utasokat a közforgalomban;
  - 3/ versenyzés gépjárművekkel, tekintet nélkül a jármű kategóriájára, beleértve az edzéseket is;
  - 4/ sport jellegű részvétel egyéni vagy szervezett edzéseken valamint nyilvános sportversenyeken, amilyeneken a Biztosított sportegyesület vagy társulat bejegyzett tagjaként vesz részt;
  - 5/ katonai műveletek vagy támadások, amelyek a Biztosítottat érintették az ország határain kívül, amennyiben azokban aktív részt vett;
  - 6/ azon személyeknél, amelyek valamilyen súlyos betegségnek estek át, vagy a szerződéskötéskor súlyos betegek, vagy vele született vagy később létrejött súlyos testi rendellenességgel vagy sérüléssel rendelkeznek, aminek következtében az általános cselekvőképességük ezen feltételek szerint több mint 50%-kal csökkent.
- [2] Abban az esetben ha a Biztosítottnak a balesete utasként következik be járművön történő utazás során, amelyet járművezető a baleset során alkohol, kábítószer vagy más tudatmódosító, pszichoaktív szer hatása alatt vezetett, a Biztosító a térítési összeg 75%-át fizeti ki, tekintet nélkül az okozati összefüggésre. A térítési összeg ugyanilyen arányát fizeti ki a Biztosító, amennyiben a Biztosított a baleset során nem viselt védősisakot, nem volt bekötve biztonsági övvel, a Közlekedésbiztonsági törvény szerint, vagy a Biztosított mint utas balesete olyan járművel történt, amelyet a járművezető érvényes vezetői engedély nélkül vezetett, kivéve ha a Biztosított bebizonyítja, hogy nem áll fenn okozati összefüggés. Amennyiben a Biztosító köteleességének a korlátozása kettő vagy több tényezőn alapul ezen pont szerint, a Biztosító a térítési összeg 50%-t fizeti ki.
- [3] Amennyiben a Biztosított nem tartja be a gyógykezelést végző személyzett utasításait, a Biztosító nem köteles kifizetni a térítési összeg teljes egészét, hanem annak arányos hányadát tekintettel a következményekre, amelyek emiatt bekövetkeztek.
- [4] Amennyiben a baleset okozta egészségkárosodásra befolyással voltak a betegségek, degeneratív elváltozások vagy állapotok és testi fogyatékoságok is, ezzel csökken a Biztosító köteleessége. Megállapított betegségek, degeneratív elváltozások vagy állapotok és testi fogyatékoságok esetén, amelyek előzőleg nem jelentkeztek, a Biztosító a térítési összeg 75%-át fizeti ki, amennyiben ezek előzőleg is ismertek voltak, a Biztosító a térítési összeg 50%-át fizeti ki.

## 9. pont: A BIZTOSÍTÓ KÖTELESSÉGÉNEK KIZÁRÁSA

- [1] A Biztosítónak minden köteleessége kizárt azon balesetknél, amelyek az alábbiak miatt következnek:
- 1/ földrengés;
  - 2/ katonai műveletek és támadások a Biztosított országában;
  - 3/ aktív részvétel fegyveres műveletekben, kivéve ha a Biztosított munkavégzésként és parancs teljesítése keretében vett részt abban, vagy a Biztosított országa illetékes szerveinek a felszólítására;
  - 4/ minden típusú légi jármű, vízi jármű és más jármű irányítása és vezetése közben, amely légi, vízi, gépjárműre és más járműre nem rendelkezik megfelelő vezetői engedéllyel. Úgy tekintendő, hogy a Biztosított rendelkezik megfelelő járművezetői engedéllyel, amennyiben felkészülés céljából és a járművezetői vizsga során olyan személy közvetlen felügyelete alatt vezet, aki a hatályos előírások szerint oktathat. Ezen pont szerint nincs következménye, amennyiben a tény, hogy a Biztosított nem rendelkezett megfelelő engedéllyel, nem befolyásolta a baleset bekövetkeztét;
  - 5/ tudatzavar, epilepsziás roham, agyvérzés, infarktus, a Biztosított beteg állapota, valamint a baleset minden olyan következménye, amely ezen rendellenességek miatt lép fel;
  - 6/ öngyilkossági kísérlet vagy öngyilkosság;
  - 7/ szándékos balesetokozás a Biztosított, Szerződő vagy jogosult részéről. Amennyiben több jogosult van, a Biztosítónak nincs semmilyen köteleessége azon jogosult felé, aki szándékosan okozta a balesetet;
  - 8/ bűncselekmény előkészítése, kísérlete vagy elkövetése során, ugyancsak menekülés során ilyen cselekményt követően;

- 9/ amennyiben a Biztosított részt vett fizikai lezárolásban vagy azt szóbeli kihívással előidézte, kivéve azt az esetet, ha hitelesen bizonyítja a szükséges önvédelmet. A Biztosítottnak magának kell bizonyítania az önvédelem körülményeit és a Biztosító részére benyújtani a hiteles bizonyítékokat vagy okiratokat;
- 10/ alkohol, kábítószer, narkotikum vagy más pszichoaktív szer befolyása miatt a Biztosítottra a baleset során.

Úgy tekintendő, hogy a baleset a Biztosított alkoholos befolyásoltsága miatt történt, ha:

- mint gépkocsivezetőnek a baleset során az alkoholszintje több mint 0,24 milligramm volt a kilélegzett levegő literjében (0,5% a vérben), vagy több mint 0,48 milligramm volt a kilélegzett levegő literjében (1% a vérben) más balesetek esetében;
- amennyiben az alkoholteszt pozitív volt és nem bizonyítja, hogy vérvétel által pontosan megállapítsák a vér alkohol szintet;
- amennyiben a balesetet követően elkerüli az alkoholszint megállapítását, vagy azt elutasítja, alkoholt fogyaszt illetve más módon lehetetlenné teszi a véralkoholszint megállapítását a baleset bekövetkeztének időpontjában.

Úgy tekintendő, hogy a baleset a Biztosított kábítószeres, narkotikum, vagy más pszichoaktív anyag befolyásoltsága alatt történt, ha:

- amennyiben zavarodottság jeleit mutatja kábítószer vagy más narkotikum fogyasztása miatt és szakvizsgálattal a Biztosított nál megállapítják kábítószer vagy más narkotikum jelenlétét;
- ha tagadja az információt a pszichoaktív anyagok, vagy pszichoaktív gyógyszerek, illetve narkotikumok fogyasztásáról és a toxikológiai teszten bebizonyították ezek jelenlétét a vizeletben vagy a vérben;
- amennyiben elutasítja a kábítószeres vagy narkotikumos illetve más pszichoaktív anyagok vagy pszichoaktív gyógyszerek jelenlétének megállapítását a szervezetében.

- 11/ közvetetten vagy közvetlenül a sugárhatás miatt.
- [2] Kizárt a Biztosító felelőssége olyan baleseteknél, amelyek nem voltak ismertek vagy nem nyertek megállapítást az egészségügyi dokumentációban a balesetet követő egy éven belül.

### 10. pont: A PRÉMIUM FIZETÉSE ÉS A NEMFIZETÉS KÖVETKEZMÉNYEI

- [1] A prémiumot előre kell befizetni, egyszerre az egész biztosítási évre. Amennyiben megállapodnak, hogy az éves prémiumot féléves, negyedéves vagy havi részletekben fizetik be, a Biztosítót megilleti a prémium a teljes biztosítási évre. A Biztosító jogosult arra, hogy bármilyen kifizetésből a tárgyi biztosításból levonja az összes be nem fizetett prémiumokat a folyó biztosítási évre.
- [2] A prémiumot a Biztosítónak, vagy meghatalmazottjának kell kifizetni, utalni postán vagy bankon keresztül. Amennyiben a prémiumot posta által utalják, úgy tekintendő, hogy befizetésre került azon nap 24,00 órájában, amikor a postán befizették. Amennyiben a prémiumot bank által utalják, úgy tekintendő, hogy befizetésre került azon nap 24,00 órájában, amikor a megbízást átadták a bankban.
- A határidő minden túllépéséért a Biztosító felszámolja a törvényes késedelmi kamatot.
- [3] Amennyiben a Szerződő az esedékessé vált prémiumokat nem fizeti be megállapított határidőn belül, és ezt nem teszi meg más érdektel személy sem, a biztosítási szerződés megszűnik 30 nap után attól a naptól számítva, amikor a Szerződőnek kézbesítették a Biztosító ajánlott levelét az értesítéssel a prémium esedékességéről, amely határidő nem lehet rövidebb, mint 30 nap a prémium esedékességétől számítva.
- [4] Az egész évre megállapított prémium megilleti a Biztosítót, amennyiben a biztosítás megszűnt a megállapított megszűnés előtt haláleset vagy teljes mértékű rokkantság miatt.
- [5] A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a megállapított határidő előtt a Biztosítót csak azon nap végéig illeti meg a prémium, ameddig érvényes volt a garanciája.

### 11. pont: A KOCKÁZAT MEGVÁLTOZÁSA A BIZTOSÍTÁS IDŐTARTAMA ALATT

- [1] A Szerződő, illetve a Biztosított kötelesek a Biztosítónak bejelenteni a mindennapi tevékenységük illetve munkájuk megváltozását.
- [2] Amennyiben ezen változás következtében megnövekedett a kockázat, a Biztosítónak jogában áll felemelni a prémium összegét, amennyiben a kockázat csökkent, a Biztosítónak kötelessége javaslatot tenni a prémium összegének csökkentésére vagy a biztosítási összegek növelésére. Az így megállapított biztosítási összegek, illetve a prémiumok a munkakör megváltoztatásának napjától érvényesek.
- [3] Amennyiben a Szerződő nem jelenti be a munkakör megváltozását, vagy nem fogadja el a prémium növelését vagy csökkentését 14 napon belül, a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási összegek arányosan megnövekednek vagy csökkennek a befizetett prémium és azon prémium arányában, amelyet fizetni kellett volna.

### 12. pont: BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

- [1] A Biztosított, aki balesetben sérült köteles:
- 1/ lehetőség szerint orvoshoz fordulni vagy orvost hívni vizsgálat és segítségnyújtás céljából, haladéktalanul megtenni mindent a

gyógyulás érdekében és a gyógyítási módra való tekintettel betartani az orvos utasításait és tanácsait;

- 2/ beszerezni a megfelelő bizonyítékokat a baleset bekövetkeztéről és folyamatáról;
- 3/ a Biztosítónak írásban bejelenteni a balesetet, amint azt az egészségi állapota lehetővé teszi;
- 4/ a baleset bejelentésében a Biztosító részére meg kell adni minden szükséges tájékoztatást és adatot, amelyeket a Biztosító bekér a biztosítási esemény rendezéséhez, különösen az alábbiakat: a baleset bekövetkeztének helyét és időpontját, a baleset teljes körű leírását, a vizsgáló vagy kezelő orvos nevét, az orvosi leleteket, a betegségek nyilvántartásának másolatát a háziorvosnál és egyéb dokumentációt a gyógykezeléssel kapcsolatosan, a testi sérülésekről, a bekövetkezett vagy lehetséges következményekről, valamint a testi fogyatékoságok adatait, amelyek jelen voltak a baleset előtt.
- [2] Amennyiben a baleset a Biztosított halálát okozta, a biztosítás jogosultjának kell ezt haladéktalanul írásban bejelenteni a Biztosítónál és beszerezni a szükséges dokumentációt.
- [3] A bejelentett balesettel kapcsolatban jelentős körülmények megállapítására a Biztosító jogosult, a Szerződő és a Biztosított pedig köteles meghatalmazni a Biztosítót a szükséges adatok és magyarázatok beszerzésére bármely más természetes vagy jogi személyektől.

### 13. pont: A JOGOSULT JOGAINAK MEGÁLLAPÍTÁSA

- [1] Amennyiben a Biztosított a baleset következtében elhunyt, a jogosultnak be kell nyújtania a kötvényt és a bizonyítékokat arról, hogy a haláleset a baleset következménye, a bizonyítékokat az utolsó prémium befizetéséről valamint egyéb dokumentációt a Biztosító kérésére. Amennyiben a személy, aki jogosultként lép fel nem szerepel kifejezetten mint ilyen a biztosítási szerződésben, bizonyítania kell a jogosultságát a biztosítási térítés megszerzésére.
- [2] Abban az esetben, ha a Biztosított valósítja meg a jogait a megkötött biztosítás alapján, be kell nyújtania a kötvényt, bizonyítékokat az utolsó prémium befizetéséről, bizonyítékokat a baleset bekövetkeztének körülményeiről, valamint a bizonyítékokat a gyógykezelés folyamatáról és lezárásáról, továbbá a maradandó következményekről, a maradandó rokkantság fokozatának végleges meghatározásához.
- [3] A rokkantsági fokozatot az Táblázat az általános cselekvőképesség maradandó elvesztésének meghatározására baleset következtében (a továbbiakban: táblázat). A Biztosított személyes képességeit, szociális helyzetét és tevékenységi körét (szakmai képesség) a rokkantsági fokozat megállapításánál nem veszik figyelembe.
- [4] Több végtag vagy szerv elvesztése esetén egy baleset során külön figyelembe veszik mindegyik végtag vagy szerv rokkantsági százalékát.
- [5] Amennyiben a táblázat szerint az egy balesetben elvesztett vagy sérült végtagok és szervek után megállapított rokkantság összeg meghaladja a 100%-ot, a Biztosító nem köteles kifizetni többet, mint a teljes rokkantság után járó biztosítási összeg.
- [6] Az egy végtagon vagy szervben szenvedett több sérülése után a Biztosító legfeljebb azon százalékos rokkantságot köteles kifizetni, amely a táblázat szerint kifizetendő a végtag vagy a szerv, vagy azon részének teljes elvesztése után.
- [7] Amennyiben a Biztosított cselekvőképessége a baleset előtt is csökkentett volt, a Biztosító kötelességét az újabb rokkantság alapján állapítják meg, függetlenül az előzőtől, kivéve abban az esetben, ha a Biztosítónak megsérül, vagy elvesztí a már sérült végtagot vagy szervét. Ilyen esetben a Biztosító csak a különbözetet fizeti ki a rokkantságig, amely a táblázat szerint vonatkozik a végtag vagy szerv, illetve végtag vagy szerv részének bénulására vagy teljes elvesztésére.
- [8] Amennyiben a baleset következtében a Biztosított átmenetileg cselekvőképtelen, vonatkoznak ezen általános feltételek 12. szakasza (1) bekezdésének rendelkezései és csak a Biztosító kérésére kell benyújtani a kezelőorvos orvosi igazolását. Az egészségügyi dokumentációnak tartalmaznia kell a teljes diagnózist, annak pontos adatait, mikor kezdte meg a Biztosított a gyógykezelést a baleset miatt és mely napig tartott a baleset következményeinek gyógykezelése. A Biztosítottnak ugyanakkor be kell nyújtania a kórházi zárójelentések másolatait az indokolt munkavégzési akadályozásról a baleset következtében.
- [9] Amennyiben a baleset következtében szükség van kórházi elhelyezésre és gyógykezelésre, és a biztosítási szerződésben megállapították a térítést a kórházi napokra, a Biztosított köteles a gyógykezelés befejezését követően a Biztosítónak benyújtani az eredeti bizonyítékokat a kórházi bennfekvésről, melynek tartalmaznia kell a Biztosított családi és utónévét és lakcímét, valamint születési dátumát, a kórházi felvétel és elbocsátás dátumát, a diagnózist és a kezelés folyamatát.
- [10] Azon biztosítási események után, melyekre érvényesek a biztosítási kötelességek, a Biztosított vagy a jogosult részére megtérítik az igazolt költségeket az orvosi igazolások után, melyeket a jelen általános feltételek 12. szakasza (1) bekezdése 4. pontjában és a 13. szakaszban felsorolt dokumentumok mellett kifejezetten bekért a Biztosító. A Biztosítónak jogában áll saját költségén megtenni mindent a Biztosított orvosi vizsgálatának elvégzése érdekében az egészségügyi bizottságoknál vagy egészségügyi intézményekben.

### 14. pont: TÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE

- [1] A Biztosító kifizeti a térítési összeget vagy annak megfelelő részét a jogosult részére vagy a megállapított visszatérítést a Biztosítottnak 14 napon belül minden bizonyíték beérkezését követően a kötelessége meglétéről és összegéről. Amennyiben

a térítési összeget postai úton vagy bank által fizetik ki, úgy tekintendő, hogy a kifizetés megtörtént azon a napon 24 órakor, amikor a postán vagy a bankban igazolták a befizetést.

- [2] A rokkantság végleges fokát a lezárt gyógykezelés után állapítják meg, amikor a sérülés következményei stabilizálódtak, azaz amikor az orvosi vélemény szerint nem várható hogy az állapot javulna vagy romlana. Amennyiben ez az állapot nem áll fenn a balesetet követő három év után sem, véglegesnek kell venni az állapotot ezen határidő lejártakor és ennek alapján meg kell állapítani a rokkantság végleges fokát. Az egészségi állapot esetleges javulása nem befolyásolja a Biztosító kötelességeit, mivel a Biztosító kötelességeit (a rokkantság végleges foka) megállapítják három év után a balesetet követően. A rokkantság fokát a Biztosító orvosa állapítja meg a benyújtott egészségügyi dokumentáció és az elvégzett orvosi vizsgálat alapján, kivéve ha a Biztosító másképp dönt.
- [3] Amíg nem lehetséges megállapítani a Biztosított végleges rokkantsági fokát, a Biztosító kifizeti azon összeget, amely vitathatatlanul megfelel a rokkantsági fokozatnak, amelyre az egészségügyi dokumentáció alapján egyértelműen megállapítható, hogy maradandó lesz.
- [4] Amennyiben a Biztosított lehalálozik a baleset következtében, mielőtt letelik egy év a baleset napját követően és már megállapították a rokkantsága fokát, a Biztosító kifizeti a halálozás után járó térítési összeget, illetve a különbözetet az elhalálozás után járó térítési összeg és az előzőleg a rokkantság után kifizetett összeg között.
- [5] Amennyiben a rokkantsági fokot nem állapították meg, és a Biztosított baleset következtében elhalálozik, a Biztosító kifizeti a halálozás után járó térítési összeget, illetve a különbözetet az elhalálozás után járó térítési összeg és a rokkantság után kifizetett esetleges előleg összege között, de csak akkor, amennyiben a Biztosított elhalálozott legkésőbb három éven belül a baleset napját követően.
- [6] Amennyiben a Biztosított elhalálozik három éven belül a baleset követően bármilyen más oknál fogva, kivéve az előző pontban említett okokat, és a rokkantsági fokot nem állapították meg, a rokkantságot a meglévő orvosi dokumentáció alapján kell megállapítani.
- [7] Amennyiben a baleset következtében a Biztosított átmenetileg cselekvésképtelen, és a Biztosítási szerződés szerint megállapították a napi térítés kifizetését, a Biztosító a Biztosított részére fizeti a térítést a megállapított összegben a kötvényben meghatározott naptól (megállapított ellátás). Amennyiben nem határozták meg ezt a napot, a következő naptól azt a napot követően, amikor megkezdődött a gyógykezelés az orvosnál vagy egészségügyi intézményben. A Biztosító kifizeti a napi térítést azon esemény bekövetkeztéig, amely az alábbiak közül elsőként bekövetkezik: az átmeneti munkaképesség időtartamának utolsó napja, a Biztosított elhalálozása, a rokkantsági fok végleges megállapítása, minden esetben a napi térítést az átmeneti cselekvésképtelenség legfeljebb első 200 napjára fizeti és csak azon átmeneti cselekvésképtelenség után, amely három éven belül következett be a balesetet követően. A napi térítést átmeneti cselekvésképtelenség után nem fizeti a rokkantsági fok végleges megállapítását követően, kivéve ha az egészségi állapota megromlik három éven belül a balesetet követően és megváltozik a végleges rokkantsági foka. A napi térítést a Biztosító ismeri vagy megállapítja az egészségügyi dokumentáció alapján. A napi térítést csak abban az esetben ismeri el, amennyiben a Biztosított a baleset következtében átmenetileg cselekvésképtelen volt rendszeres munkavégzésre és benyújtotta a bizonyítékot a munkától való távolmaradás indoklására. Amennyiben jelen van a munkában akadályozottság vagy bármilyen más kezelés ellenére, a napi térítést nem ismeri el. A Biztosított rész munkaidője esetén a baleset következtében a napi térítést arányos hányadban ismeri el. A napi térítést nem ismeri el a várakozási időben a fizioterápiára, egyes vizsgálatokra, műtétekre vagy kórházi felvételre. Amennyiben a Biztosított öngyógyító, az átmeneti cselekvésképtelenségnek csak a törvény szerinti indokolt távolmaradás a munkavégzéstől számít (elrendelt táppénz), melyet az egészségügyi és az egészségbiztosítás ír elő.
- [8] A Biztosító minden esetben jogosult saját megítélése szerint, tekintettel a sérülésekre és annak következményeire, valamint az egészségügyi dokumentáció alapján, megvonni a napi térítést, és pedig az abban az esetben, ha ma Biztosított betegségei befolyásolják a gyógykezelés időtartamának meghosszabbítását. A napi térítés megállapításánál figyelembe veszik az azonos sérülések átlagos gyógyulás idejét figyelmen kívül hagyva az esetleges egészségügyi komplikációkat, tekintettel a Szlovén Egészségbiztosító Intézet javaslataira. Amennyiben az átmeneti cselekvésképtelenség meghosszabbodik egyéb egészségügyi okok miatt, a Biztosító csak arra az időszakra köteles kifizetni a napi térítést az átmeneti cselekvésképtelenség után, amely kizárólag a baleset következménye.
- [9] Amennyiben a baleset következtében a gyógykezelési költségek keletkeznek, és a biztosítási szerződésben megállapították ezen költségek térítését, a Biztosító a Biztosítottnak megtéríti – tekintet nélkül arra, hogy vannak-e más következmények – a benyújtott bizonyítékok alapján az összes tényleges és szükséges gyógykezelési költséget, azonban legfeljebb a kötvényben szereplő összegig. A Biztosító csak azon gyógykezelés költségeit téríti meg, amelyek a balesetet követő három éven belül keletkeztek.
- [10] A gyógykezelési költségekhez az előző pont szerint tartoznak a vizsgálatok és egyéb kivizsgálások, előírt gyógyszerek, műtéti beavatkozások, fizioterápia, valamint a művegtagok, fogpótlások és segédeszközök költségei, melyek az orvosi vélemény szerint szükségesek. A Biztosító csak azon költségeket köteles megtéríteni, amelyeket a Biztosítottnak magának kell kifizetnie (utazási költségek,

mint a kilométerdíj, autóbussz, vonat, taxi vagy hasonló), amelyek nem a gyógykezelés költségei. A Biztosított a Biztosítónak be kell, hogy nyújtsa a bizonyítékokat vagy a számlákat, amelyek a kezelési költségekre vonatkoznak.

- [11] Amennyiben a baleset következtében szükség van kórházi elhelyezésre és kezelésre, és a biztosítási szerződés szerint megállapították a kórházi napok térítéséről, a Biztosító kifizeti a megállapított összeget a kórházi napokra a Biztosított kórházban töltött minden naptári napja után, azonban legfeljebb 365 napra két éven belül a balesetet követően.

Az előző pont értelmében kórháznak számítanak az általános és szakkórházak és klinikák, melyek tevékenysége részletes kivizsgálás és gyógyítás. Gyógyszallók, otthonok és rekreációs és pihenő intézmények nem számítanak kórháznak.

- [12] Amennyiben a baleset következménye a Biztosított elhalálozása vagy rokkantsága, a Biztosító a jogosult vagy a Biztosított részére kifizeti a biztosítási összeget vagy annak részét, amelyben megállapították az ilyen esetekre, tekintet nélkül az esetlegesen kifizetett napi térítésre átmeneti cselekvésképtelenség, kórházi napok és az esetlegesen megtérített gyógykezelési költségek után.

## 15. pont: A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEK FELMONDÁSA

- [1] Amennyiben a biztosítás időtartamát nem határozták meg a szerződésben, bármelyik fél visszaléphet attól a prémium esedékességének napjával, erről írásban értesítenie kell a másik felet legalább három hónappal a prémium esedékességét megelőzően. Úgy tekintendő, hogy a biztosítás időtartamát nem határozták meg, úgy tekintendő, hogy a biztosítás időtartamát nem határozták meg, ha a szerződésben megállapították az időtartamát azzal a lehetőséggel, hogy a szerződést ugyanolyan időtartamra meghosszabbítsák, amennyiben a felek a prémium esedékessége előtt nem mondják fel a szerződést.
- [2] Amennyiben a biztosítást több, mint 3 évre kötötték, ezen idő letelése után bármely fél hat hónapos felmondási idővel visszaléphet a szerződéstől azzal, hogy erről írásban értesíti a másik felet.

## 16. pont: A KÖVETELÉSEK ELÉVÜLÉSE

A biztosítási szerződésből eredő követelések a kötelezettségekről szóló törvény rendelkezései szerint évülnek el.

## 17. pont: A BIZTOSÍTÁS JOGOSULTJAINAK MEGHATÁROZÁSA

- [1] A haláleseti jogosultat feltüntetik a kötvényben.
- [2] Amennyiben a kötvényen vagy a szerződés-kiegészítésen másképp nem szerepel, a Biztosított elhalálozása esetén az alábbiak tekintendők jogosultaknak:
- 1/ a Biztosított gyermekei és házastársa egyenlő arányban;
  - 2/ amennyiben nincs házastársa, a Biztosított gyermekei egyenlő arányban;
  - 3/ amennyiben nincsenek gyermekei, a Biztosított házastársa és szülei. Ebben az esetben a házastársat megilleti a biztosítási összeg fele, a másik fele pedig a szülőket vagy az élő szülőt. Amennyiben a Biztosított szülei elhunytak korábban, mint a Biztosított, a teljes biztosítási összeg a házastársat illeti meg;
  - 4/ amennyiben nincs sem házastársa, sem gyermekei, a Biztosított szülei egyenlő arányban.
- Amennyiben csak egyik szülő él, őt megilleti a teljes biztosítási összeg;
- 5/ amennyiben pontokban felsorolt személyek közül már nincs senki, a jogosultak a Biztosított örökösei a jogerős bírósági határozat szerint.
- [3] Házastársnak az a személy tekintendő, aki a Biztosítottal házasságban élt annak elhalálozása időpontjában.
- [4] Rokkantság, átmeneti cselekvésképtelenség esetén, valamint a gyógykezelési költségek megtérítésében maga a Biztosított a jogosult, amennyiben másképp nem rendelkeztek.
- [5] Amennyiben a jogosult fiatalkorú személy, a térítési összeget a szülőjének vagy gyámjának fizetik ki. A Biztosító kérheti a gyámtól, hogy erre a célra nyújtsa be az illetékes gyámhatóság meghatalmazását.

## 18. pont: VITÁK PEREN KÍVÜLI RENDEZÉSE

- [1] A Biztosító határozata ellen fellebbezésnek van helye. A fellebbezést a Triglav Biztosító Rt. azon szervezeti egységéhez kell benyújtani, amely megkötötte a Biztosítást. A fellebbezés benyújtható személyesen, postai úton vagy a [www.triglav.si](http://www.triglav.si) honlapon.
- [2] A fellebbezést az illetékes Fellebbviteli Bizottság bírálja el a Biztosító belső fellebbezési eljárását szabályozó szabályzattal összhangban. A Fellebbviteli Bizottság döntése végleges.
- [3] Amennyiben nem fogadják el a Fellebbviteli Bizottság döntését, külön megállapodás alapján folytatható a peren kívüli eljárás a Biztosító Döntőbíróvája vagy külön megállapodás szerint a Szlovén Biztosító Egyesület Mediációs Központja.

## 19. pont: SZEMÉLYES ADATOK VÉDELME

- [1] A Biztosító és a Biztosított a személyes adatok védelméről szóló törvény értelmében hozzájárulnak, hogy az ajánlatban szereplő adatokat felhasználják az adatbázisban, amelyet a Biztosító és a vele társult cégek és meghatalmazott vállalatok hoznak létre, vezetnek és

frissítenek a biztosítás képviselője és közvetítője céljából. A Biztosított hozzájárul, hogy a Biztosító a biztosítási szerződés megvalósítása céljából adatokat gyűjtsön és dolgozzon fel az egészségi állapotáról.

- [2] A Biztosított engedélyezi a Biztosítónak, hogy a személyes adatok védelméről szóló törvény értelmében, felhasználja a jelen pont 1. bekezdésében szereplő adatokat, kivéve az érzékeny személyes adatokat, kereskedelmi célokra saját és a kapcsolat vállalatok javára, amelyek biztosítási tevékenységgel foglalkoznak és szerepelnek a mindenkor érvényes jegyzékben, amely elérhető a: [www2.zav-triglav.si/skupinatriglav/stran.asp?id=51](http://www2.zav-triglav.si/skupinatriglav/stran.asp?id=51) honlapon
- [3] A jelen szakasz 1. bekezdésében szereplő személyes adatokat, kivéve az érzékeny személyes adatokat feldolgozhatják a meghatalmazott képviselő és közvetítő cég munkatársai, amelyekkel a Biztosítónak szerződése van biztosítási képviselői és közvetítői szolgáltatások nyújtására és van szerződése személyes adatok feldolgozására.
- [4] A Szerződő a személyes adatok felhasználására szóló hozzájárulást közvetlen kereskedelmi célokra bármikor visszavonhatja írásban az alábbi címen: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.

## 20. pont: ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

- [1] A Személyek baleseti biztosítása általános feltételeinek részét képezi a Rokkantsági táblázat az általános cselekvőképesség maradó elvesztésének megállapítására baleset következtében.
- [2] A Biztosító és a Biztosított közötti azon viszonyokra, amelyeket nem szabályoznak ezen általános feltételek, vonatkoznak a kötelezettségekről szóló törvény rendelkezései.
- [3] A Biztosító kötelelességet vállal, hogy az egészségügyi adatokat gondosan kezeli, a személyi adatok védelméről szóló törvényvel, a Biztosítási törvényvel, az egészségügyi tevékenységekről szóló törvényvel és szlovéniai egészségügyi deontológiai kódexével összhangban.
- [4] A Szerződő köteles haladéktalanul a Biztosító felé jelezni minden változást, ami bekövetkezett a családi és utónevében, vagy lakcímében.