



AIM Hitelintézeti Csoportos Balesetbiztosítás feltételei

Jelen általános és különös biztosítási feltételek (a továbbiakban: együttesen feltételek) alapján az AIM Általános Biztosító Zrt. (Cg.:01-10-045571, székhely: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11., a továbbiakban: Biztosító) a feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújt a Szerződő által megfizetett biztosítási díj ellenében.

A biztosítási jogviszonyra az általános biztosítási feltételek, a vonatkozó különös biztosítási feltételek, az alkalmazott záradékok, valamint a Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos balesetbiztosítási szerződés rendelkezései együttesen alkalmazandók.

Jelen általános feltételek az alkalmazott különös biztosítási feltételekkel együtt az ügyféltájékoztatót is szolgálják.

A biztosítási szerződés nyelve a magyar. A biztosítási szerződésben nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

I. A biztosítási jogviszonyban résztvevő felek

1. *Szerződő:* a Biztosított részére folyószámlát vezető hitelintézet, aki a Biztosítóval több Biztosított együttes biztosítási védelme céljából csoportos balesetbiztosítási szerződést (a továbbiakban csoportos biztosítási szerződés) kötött, és aki a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállalt.
2. *Biztosított:* az a Szerződőnél folyószámla-szerződéssel rendelkező 14 év feletti természetes személy, akinek a javára a csoportos balesetbiztosítási szerződés létrejött, aki a Biztosítotti Nyilatkozat megtételével kezdeményezi a csoportos balesetbiztosítási szerződés hatályának rá, mint Biztosítottra való kiterjesztését, és akinek biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti. A feltételekben meghatározott kivétellel, a Biztosított jogosult a Biztosító biztosítási szolgáltatásának igénybevételére. Amennyiben a Biztosított kiskorú és a Biztosítotti Nyilatkozatot nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője teszi meg, a Biztosítotti Nyilatkozat érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
- 2.1. **A Biztosító szolgáltatása a Biztosított életkorától függően a feltételekben egyes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában korlátozásra, vagy kizárásra kerülhet.**
- 2.2. A Biztosított korát a biztosítási jogviszony kezdetekor úgy kell megállapítani, hogy a biztosítási jogviszony kezdetének évszámából le kell vonni a Biztosított születésének évszámát.
3. *Kedvezményezett:* a Biztosított, valamint a Biztosított elhalálása esetén Biztosított által a Biztosítotti Nyilatkozaton megjelölt természetes személy, ennek hiányában a Biztosított törvényes örököse, aki a különös biztosítási feltételek alapján a Biztosító szolgáltatására jogosult. Az eredetileg kijelölt Kedvezményezett helyett a Biztosított a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozatával bármikor más kedvezményezettet nevezhet meg.
4. *Biztosító:* az AIM Általános Biztosító Zrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. Cg:01-10-045571)

II. Általános feltételek

1. A biztosítási jogviszony létrejötte

- 1.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik.
- 1.2. A Biztosított biztosítási jogviszonya a Szerződővel történő folyószámla-szerződés megkötését követően a Biztosítotti Nyilatkozat megtételével jön létre, a jelen feltételekben meghatározott kockázatviselési tartam szerint.

2. Kockázatviselés kezdete, biztosítási időszak

- 2.1. A Biztosító kockázatviselése a Biztosított nyilatkozat megtétele havának első napjával veszi kezdetét.
- 2.2. A Biztosító kockázatviselésének feltétele, hogy a Szerződő a biztosítási díjat a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint a Biztosítónak megfizesse.
- 2.3. Az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonya a folyószámla-szerződés tartamához igazodóan határozatlan időtartamú, mely időtartam biztosítási időszakokra oszlik.
- 2.4. Az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonya tekintetében a biztosítási időszak a kockázatviselés kezdő napjával veszi kezdetét és a következő év azt megelőző napjáig tart, amely számozásánál és hónap elnevezésénél fogva a kockázatviselés kezdő napjának megfelel. Ha ilyen nap az adott hónapban nincs, a biztosítási időszak az azt megelőző napig tart. A soron következő biztosítási időszakok minden évben a biztosítási évforduló napjával kezdődnek és a soron következő biztosítási évfordulót megelőző napon járnak le.

3. A biztosítási jogviszony megszűnése

- 3.1. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási jogviszony megszűnik;
 1. a Biztosított halálával, a halála napján 24 órakor;
 2. a folyószámla-szerződés megszűnése estén a megszűnés havának utolsó napján 24 órakor;
 3. díj nemfizetés esetén biztosítási díj (díjrészlet) esedékességétől számított 30. nap elteltével a 30. napon 24 órakor, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, illetve a Szerződő a Biztosítótól díjhalasztást nem kapott, illetőleg a Biztosító a díjkövetelést bírósági úton nem érvényesítette;
 4. részleges díj fizetés esetén a megfizetett díjjal arányos időtartam elteltével, annak utolsó napján 24 órakor;
 5. felmondással (3.3. pont)
 6. a maradandó baleseti rokkantság biztosítási fedezet vonatkozásában, amennyiben a Biztosított baleseti eredetű maradandó rokkantságának mértéke eléri a 100%-ot.
 7. a csoportos biztosítási szerződés megszűnésével annak napján 24 órakor.
- 3.2. Valamennyi Biztosított biztosítási jogviszonya megszűnik a csoportos biztosítási szerződés megszűnése napján 24 órakor.
- 3.3. A határozatlan időtartamra létrejött biztosítási jogviszonyt a Biztosított a biztosítási időszak végére (biztosítási évforduló) azt legalább 30 nappal megelőzően írásban felmondhatja.

4. Biztosítás területi hatálya

A biztosítási jogviszony hatálya a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki. A Biztosító költségtérítés jellegű szolgáltatásait kizárólag a Magyar Köztársaság területén vásárolt áruk és szolgáltatások vonatkozásában nyújtja.

5. Önrész

Az önrész a biztosítási esemény kapcsán bekövetkezett kár azon része, melyet a Biztosított maga visel. A Biztosító a csoportos biztosítási szerződésben önrészt nem alkalmaz.

6. Biztosítási összeg

- 6.1. A biztosítási összeg biztosítási fedezetenként (kockázatonként) és káreseményenként megállapított azon összeg, amely valamely biztosítási esemény kapcsán az adott biztosítási fedezet jogcímén a Biztosító szolgáltatásának felső határa.
- 6.2. Az egyes biztosítási fedezetek, biztosítási események kapcsán meghatározott biztosítási összegeket a jelen biztosítási feltételek szerinti szolgáltatási táblázat tartalmazza.

6.3. Egy Biztosított vonatkozásában egy biztosítási időszakon belül valamennyi biztosítási szolgáltatás együttes értéke nem haladhatja meg a 3.000.000,- Ft-ot, azaz hárommillió forintot.

7. Biztosítási díj, a díjfizetés szabályai

- 7.1. A biztosítás díja egy biztosítási évre (biztosítási időszak) vonatkozik, amely – a Szerződő és a Biztosító megállapodása szerint - egyösszegben előre fizetendő.
- 7.2. A biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetésére a Szerződő köteles. A díj csak akkor tekintendő megfizetettnek, ha azt a Szerződő a Biztosítónak megfizeti.
- 7.3. A díjfizetés elmaradása miatt megszűnt biztosítási jogviszonyok esetében is megilleti a Biztosítót a kockázatviselés teljes időtartamára –a respiró időszak végéig - járó díj.

8. Biztosítási események köre

- 8.1. A feltételekben meghatározott valamely biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a vonatkozó különös feltételekben, valamint a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja. Ugyanazon baleset kapcsán bekövetkezett azonos típusú biztosítási események a biztosítási fedezet szempontjából egy biztosítási eseménynek minősül.
- 8.2. A biztosítási fedezet szempontjából baleset a Biztosított akaratán kívül, hirtelen, váratlan előre nem látható okból bekövetkező esemény, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a Biztosítottnak a baleset megtörténtétől számított egy éven belül
 - halálát,
 - maradandó egészségkárosodását (rokkantságát),
 - illetve a különös biztosítási feltételekben felsorolt egyéb biztosítási események bekövetkeztét okozza.
- 8.3. Balesetbiztosítási eseménynek minősülnek az alábbi, a Biztosított akaratán kívüli események is:
 - vízbefúlás
 - égési sérülések, leforrázás, villámcsapás vagy elektromos áram behatásai.
- 8.4. A betegségek nem minősülnek balesetnek.

9. Kockázatkizárások

- 9.1. A biztosítási jogviszony alapján a Biztosító nem téríti meg azokat a károkat - kivéve, ha a különös biztosítási feltételek másként nem rendelkeznek - amelyek az alábbiakban felsorolt okok miatt közvetve, vagy közvetlenül - következtek be:
 - a. a Biztosított súlyosan ittas (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) vagy bódító szer hatása alatti állapotával összefüggésben bekövetkező eseményekre;
 - b. a Biztosított bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben bekövetkezett biztosítási eseményekre
 - c. kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
 - d. háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháborúba, határviellongás, forradalom, zendülés, puccskísérlés, népi megmozdulás során bekövetkezett biztosítási események, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől van szó;
 - e. felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben való aktív részvételtől eredő biztosítási eseményekre, kivéve, ha erről belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése közben került sor;
 - f. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre;
 - g. a Biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítókuk nem biztosítási esemény;

- h. mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- i. kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokra és kórházi ápolásra, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekre, kórházi ápolásokra és gyógyító eljárásokra;
- j. ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta, azaz a Biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett a testi károsodás, amennyiben erre nem valamely biztosítási esemény miatt került sor;
- k. ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégtetésű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- l. ha a Biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy emiatt kórházi ápolásra szorult;
- m. motor nélküli légi jármű (repülő szerkezet) segédmotoros vitorlázó repülőgép, motoros sárkányrepülő, valamint ejtőernyő használata közben bekövetkezett balesetek;
- n. légi jármű pilótájaként vagy a légi jármű személyzeteként elszendvedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek;
- o. a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a teszt-túrákat és a rally versenyeket is;
- p. az országos és nemzetközi síugró, bob, sítob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre;
- q. arra a balesetre, amely a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történt vasúti, légi, vízi, közúti jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;
- r. a szívinfarktus és az agyvérzés miatti halálos balesetekre. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménynek;
- s. a biztosítási eseményt előidéző betegség diagnosztizálása előtt, illetve az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészek a biztosításból ki vannak zárva;
- t. öngyilkosság, öncsonkítás vagy ezek kísérlete;
- u. megemelés, rándulás, napszúrás, hóguta, fagyás, habituális ficam, patológiás törés, kivéve, ha az baleset következménye.

9.2. Fertőzések esetén a biztosítási fedezet abban az esetben áll fenn, amennyiben:

- a. a kórokozó olyan baleseti sérülés következtében kerül a szervezetbe (a sérülést követően azonnal, vagy későbbi időpontban), amelyre a kockázatviselés kiterjed,
- b. a kismértékű bőr- és nyálkahártya sérülések folytán a szervezetbe került kórokozók veszteség vagy tetanusz (merevgörcs) fertőzést okoztak.

9.3. Fertőzések esetében a biztosítási fedezet nem terjed ki:

- a. a gyógykezelés során-, illetve következtében bekövetkező fertőzésekre
- b. a kismértékű bőr- és nyálkahártya sérülések folytán a szervezetbe került kórokozók által kiváltott fertőzésekre és betegségekre

9.4. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, amennyiben az szájon keresztül került a szervezetbe.

9.5. A kockázatviselés korlátozása:

- a. Hasfali és lágyéksérv esetén a Biztosító csak akkor teljesít biztosítási szolgáltatást, ha a sérvet olyan kívülről jövő behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.
- b. Porckorongsérv esetén a Biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglévő betegség súlyosbodásának a következménye.
- c. Belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a feltételek szerinti balesetnek minősülő esemény okozza.

- d. Pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a feltételek szerinti balesetnek minősülő esemény okozta.

9.6. Az egyes különös biztosítási feltételek a fentiekén túl tartalmazhatnak további kizárásokat.

10. Biztosító mentesülése

10.1. A Biztosító mentesül a fizetési kötelezettsége alól, amennyiben

- a. a Biztosított halálát a Kedvezményezett szándékos magatartása okozta,
- b. a biztosítási eseményt a Szerződő, Biztosított, utóbbival közös háztartásban élő hozzátartozó, a Szerződő vagy Biztosított alkalmazottai, megbízottai szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozták.

10.2. Jelen szerződés alkalmazása szempontjából súlyosan gondatlan magatartásnak minősül, ha

- a. a Biztosított engedély nélkül vagy hatáskörének, feladatkörének túllépésével végzett tevékenysége során következett be a biztosítási esemény;
- b. a Biztosított a jogszabályokban, egyéb kötelező rendelkezésekben megkívánt személyi vagy tárgyi feltételek hiányában folytatja tevékenységét és ez a tény a biztosítási esemény bekövetkezésében közrehatott;
- c. bíróság jogerős határozata állapítja meg a súlyosan gondatlan magatartás tényét;
- d. a biztosítási esemény miatt következett be, mert Biztosított megszegte a tevékenységére vonatkozó egészségügyi, egészségvédelmi előírásokat;
- e. Biztosított a foglalkozási, szakmai szabályok vagy a tevékenységre vonatkozó egyéb jogszabályi előírások súlyos megsértésével közrehatott a biztosítási esemény bekövetkezésében;

10.3. A Biztosító akkor is mentesül fizetési kötelezettsége alól,

- ha bizonyítja, hogy a fent felsorolt személyek, szervek bármelyike a feltételekben, illetve a hatályos jogszabályokban, óvórendszabályokban, hatósági határozatokban, valamint a Biztosított felügyeleti szervének utasításaiban rögzített kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegte;
- ha a Biztosított megkísérli a Biztosítót csalárd módon azon tények tekintetében megtéveszteni, melyek a biztosítási esemény okát, vagy mértékét illetően jelentőséggel bírnak.

10.4. Abban az esetben, ha a feltételekben foglalt kizárás valamely pontja alapján bármely kár, sérülés, költség vagy kiadás megtérítését a Biztosító indokolt nyilatkozatával megtagadja, úgy annak bizonyítása, hogy a káresemény a szerződés alapján fedezetben volt, a Biztosítottra hárul.

10.5. Amennyiben a feltételekben alkalmazott valamely kizárás bármely része érvényét veszti, vagy nem alkalmazható, a kizárás érvénytelenséggel nem érintett része továbbra is érvényben marad.

11. Biztosított kötelezettségei

Kármegelőzési kötelezettség

11.1. A Biztosított köteles a károk megelőzése érdekében minden tőle elvárható intézkedést megtenni, a már felismert veszélyhelyzetben a veszélyt elhárítani, valamint eleget tenni a Biztosító által előírt kármegelőzési intézkedéseknek. Vitás esetben felismert veszélyhelyzetnek kell tekinteni minden olyan körülményt, amely korábban károkozást eredményezett, továbbá amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésének a lehetőségére a Biztosítottat a Biztosító vagy harmadik személy figyelmeztette.

A Biztosított, illetve egyéb Kedvezményezett kötelezettségei biztosítási esemény bekövetkezése esetén

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosított kötelezettségei a következők:

11.2. **Kárenyhítés:** A biztosítási eseményt követően – amennyiben az egészségkárosodással jár - a Biztosítottnak haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni kell, valamint gondoskodni kell a baleset következményeinek – a lehetőség szerinti – mérsékléséről, elhárításáról.

A betöréssel lopás-, rablás kárnál, illetve minden más olyan kárnál, mely valószínűsíthetően bűncselekmény következménye a Biztosított köteles értesítenie a rendőrséget.

- 11.3. **Kárbejelentés:** A Biztosított, a biztosítási szolgáltatásra igényt tartó személy, vagy azok képviselője köteles a Biztosítónak a biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb 5 munkanapon belül - munkaszüneti vagy pihenőnap közbejötté esetén az azt követő első munkanapon - írásban bejelenteni az alábbi elérhetőségen:

1097Budapest, Könyves Kálmán krt.11.
1388 Budapest, Pf.:67
Kárrendezési telefonszám: 06-1-461 0540
Központi fax: 06-1-461-0541
vagyonkar@aiminsurance.eu

- 11.4. A bejelentési határidők elmulasztása esetén a Biztosító annyiban tagadhatja meg a biztosítási szolgáltatás teljesítését, amennyiben a késedelem miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
- 11.5. A kárbejelentésnek tartalmaznia kell:
- a biztosítási esemény leírását, időpontját, helyét;
 - a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi lényeges egyéb információt;
 - az esetleges hatósági eljárás számát, az eljáró hatóság megjelölését, a hozott határozatot;
- 11.6. A Biztosított köteles a kárelhárítás és a kárenyhítés során követni a Biztosító útmutatásait, előírásait.
- 11.7. A Biztosító, annak megbízottja és/vagy szakértője számára lehetővé kell tennie minden olyan vizsgálat – beleértve az orvosi vizsgálatot is – elvégzését, amely a biztosítási eseménnyel kapcsolatos biztosítási szolgáltatás jogalapjának, illetve mértékének meghatározásához szükséges.
- 11.8. A biztosítási esemény vizsgálata során a Biztosító részére minden írásbeli és szóbeli felvilágosítást megfelelően és teljes körűen meg kell adnia, továbbá adatkezelésre vonatkozó hozzájáruló, illetve felmentő nyilatkozatot kell tennie a jelen feltételekben foglaltak szerint.
- 11.9. A kárigény elbírálásához a Biztosított az alábbi dokumentumokat köteles benyújtani a Biztosítónak:
- a) aktuális és részletes jelentés a Biztosított állapotáról;
 - b) baleset után készült valamennyi orvosi lelet, dokumentáció, szakértői vélemény;
 - c) baleseti jegyzőkönyv;
 - d) betegkarton kivonat (házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton);
 - e) Biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonya,
 - f) boncjegyzőkönyv, korbonctani lelet;
 - g) gyámhatósági okirat;
 - h) halott vizsgálati bizonyítvány;
 - i) halotti anyakönyvi kivonat;
 - j) házassági anyakönyvi kivonat;
 - k) hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap;
 - l) adatkezelési nyilatkozat;
 - m) jogerős hagyatékátadó végzés (az örökös minőség igazolására), vagy egyéb olyan okirat, amely az örökös minőséget kétséget kizáróan igazolja;
 - n) munkahelyi baleseti jegyzőkönyv;
 - o) orvosi ambuláns lap;
 - p) orvosi vizsgálati iratok (korábbi sérüléssel, betegséggel kapcsolatos);
 - q) rendőrségi jegyzőkönyv;
 - r) rendőrségi, vagy hatósági határozat;
 - s) rendőrségi feljelentés;

- t) meghatalmazás, amennyiben a kárrendezési eljárás során a Biztosított, illetve az egyéb Kedvezményezett nem személyesen jár el;
- u) törvényes képviselőt kétséget kizáróan igazoló okirat;
- v) teljes kórdokumentáció (munkakönyv, végleges kórlap, ápolási lap, labor eredmények, képközlő műszeres vizsgálatok eredményei);
- w) vádirat (büntető eljárás során);
- x) közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos baleseti jegyzőkönyv;
- y) a Biztosított, illetve Kedvezményezett érvényes személyi igazolványa vagy születési anyakönyvi kivonatának másolata halál esetén.

11.10. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti.

11.11. A különös biztosítási feltételekben további dokumentumok felsorolása lehetséges.

11.12. A felsorolt dokumentumokon, okiratokon kívül a Biztosítottnak, illetve a biztosítási szolgáltatásra jogosultnak joga van a károk és költségek igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesítse.

11.13. Amennyiben a Biztosított (illetve egyéb Kedvezményezett) a jelen fejezetben részletezett kötelezettségeit megszegi és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

11.14. Amennyiben a Biztosított a 11.7 alpontban foglalt kötelezettségeit megszegi, a Biztosító mentesül a kár megfizetése alól.

11.15. Amennyiben a Biztosított (illetve egyéb Kedvezményezett) a többi alpontokban foglalt kötelezettségeinek nem, vagy csak részben tesz eleget, a Biztosító annyiban köteles biztosítási szolgáltatási kötelezettségének eleget tenni, amennyiben a Biztosított, (illetve egyéb Kedvezményezett) mulasztása a biztosítási esemény kivizsgálását, illetve a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének megállapítását nem befolyásolta. Ellenkező esetben a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

11.16. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és ezért a Biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, szabadidős tevékenységével kapcsolatban kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot kérhet. Az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

12. Biztosítási szolgáltatás

12.1 Biztosító a feltételekben meghatározott, a Biztosító kockázatvállalásának fennállása alatt bekövetkezett biztosítási esemény esetén az alábbiak szerint nyújt biztosítási szolgáltatást a Biztosított részére.

12.2 A Biztosító a végleges biztosítási szolgáltatási összeget a megállapítástól számított 15 napon belül, Biztosított, illetve egyéb Kedvezményezett részére fizeti meg. A fenti határidőt attól a naptól kell számítani, amikor az utolsó kárrendezéshez szükséges 11.9 és 11.12 pontokban meghatározott okirat Biztosítóhoz beérkezik.

12.3 Biztosító nem kötelezhető előleg fizetésére.

12.4 Amennyiben a felek szakértő(ke)t bíztak meg a biztosítási szolgáltatás összegének megállapításával, a mindkét fél által elfogadott szakértői vélemény beérkezéséhez, a Biztosítóval szemben folytatott peres eljárás esetén a bíróság jogerős határozatának kézbesítéséhez köti Biztosító a biztosítási szolgáltatási összeg kifizetését.

12.5 A Biztosító általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.

12.6 A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához vagy egyéb orvosi vizsgálatokhoz kötheti. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított egészségi állapotát a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

12.7 A Biztosító a biztosítási szolgáltatást kizárólag abban az esetben teljesíti, amennyiben a Biztosított írásbeli nyilatkozattal felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi

intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a Biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más Biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti biztosítási szolgáltatás vonatkozásában a Biztosított közeli hozzátartozója felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a Biztosítót, hogy ugyanebből a célból más Biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

- 12.8 Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosított, valamint a Kedvezményezett ellen szabálysértési vagy büntetőeljárás (a továbbiakban eljárás) indul, Biztosító az eljárás lezárásáig a kifizetést elhalasztja. Amennyiben az eljárás lezárult és Biztosító a biztosítási jogviszony alapján biztosítási szolgáltatás nyújtására köteles, a kifizetés attól a naptól számított 15 napon belül esedékes, amikor Biztosító az eljárás jogerős lezárásáról szóló dokumentumot kézhez kapja. Ilyen esetben Biztosítóval szemben késedelmi kamat az esedékesség napjáig nem követelhető.

13. A Biztosított, illetve egyéb Kedvezményezett további kötelezettségei

A különös biztosítási feltételek a Biztosított, illetve egyéb Kedvezményezett tekintetében további kötelezettségeket is előírhatnak, melyeket a jelen általános biztosítási feltételekben foglaltakkal összhangban, azokon felül terhelik a Biztosítottat, illetve egyéb Kedvezményezettet.

14. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

- 14.1 Biztosítási titok minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, a Biztosító, a viszontbiztosító, a viszontbiztosítók, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 14.2 A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, 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 az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a fenti célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
- 14.3 A Biztosítási titok tekintetében – időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait, és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- 14.4 A biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító csak akkor adhatja ki harmadik fél részére, ha az érintett fél vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve, arra írásbeli felmentést ad. A Biztosító az ügyfél felmentésének hiányában biztosítási titkot kizárólag a már hivatkozott Biztosítási törvényben felsorolt szerveknek és csak az ott megjelölt körben szolgáltatathat ki.
- 14.5 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége – jogszabályban meghatározott megkeresés vagy adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése során - nem áll fenn:
- a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
 - a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel;
 - a büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval;
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel;
 - ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
 - a Biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli Biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdek-képviselői

szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;

- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal;
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szervvel;
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló Biztosítókkal;
- l) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel,
- m) az állomány átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő Biztosítóval;
- n) valamint a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni;
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- 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, szaktanácsadóval,
- q) a feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal,
- r) a kártörténetre vonatkozó adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a Biztosítóval,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a Biztosítóval

szemben, ha az a)-j), n), r) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy 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 k), l), m), p) és q) 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.

- 14.6 A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti i) kábítószerrel visszaéléssel, ii) terrorcselekménnyel, iii) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, iv) lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, v) pénzmosással, vi) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- 14.7 A Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyészi jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.
- 14.8 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- 14.9 A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőr-főkapitányság - a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2003. évi XV. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

- 14.10 Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az összesített adatszolgáltatás, valamint a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása. A Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén az általa kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva levéltári kutatások céljára felhasználható.
- 14.11 A Biztosított tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatai helyesbítését – illetve a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – törlését.
- 14.12 A Biztosító, mint adatkezelő a kérelmező részére tájékoztatást ad az általa kezelt adatiról, és az adatkezelés törvényben meghatározott körében annak körülményeiről.
- 14.13 Az érintett tiltakozhat személyes adatának kezelése ellen, többek között, ha a személyes adatok kezelése (továbbítása) kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Az érintett tiltakozhat abban az esetben is, ha a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi.
- 14.14 A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni, és a kérelmezőt írásban tájékoztatni.
- 14.15 Az érintett a jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. Az adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.
- 14.16 Az adatkezelés célja lehet a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, a biztosítási szerződésből eredő követelések megítélése vagy a biztosítási törvény által meghatározott egyéb cél.
- 14.17 A Biztosító a személyes adatokat, valamint biztosítási titkot képező adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatok pedig addig kezelhetők, ameddig a szerződés megíjulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

15. Egyéb rendelkezések

Többszörös biztosítás

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésekor más – részben vagy egészben ugyanazon vagyont biztosítási kockázatot fedező - biztosítás is hatályban van, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak a két hatályos biztosítási szerződés szerinti szolgáltatási maximum közötti különbségre terjed ki, feltéve, hogy jelen feltételek szerinti biztosítási fedezet szolgáltatási maximuma magasabb.

Módosítás

Felek a biztosítási szerződést közös megegyezéssel írásban módosíthatják.

Elévülés

A szerződésből eredő igények a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított két év elteltével elévülnek.

Alávetés

A biztosítási szerződésből vagy azzal összefüggésben, annak megszegésével, megszűnésével, érvényességével vagy értelmezésével kapcsolatban keletkezik, a felek alávetik magukat a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara mellett szervezett Állandó Választottbíróság (Budapest) kizárólagos döntésének, azzal, hogy a Választottbíróság a saját eljárási szabályzata szerint jár el. Az eljáró bírók száma három, az eljárás nyelve a magyar

A Biztosító főbb adatai, fogyasztói bejelentésekkel foglalkozó egységei, valamint felügyeleti szerveinek megnevezése és elérhetőségei:

AIM ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÓ ZRT.

Az AIM Általános Biztosító Zrt. a PSZÁF 2006. november 16. napján kelt E-II-287/2006. számú alapítást engedélyező határozata alapján, zártkörű alapítással létrehozott egyszemélyes részvénytársaság. A Biztosító a nem életbiztosítási ágon belüli tevékenységét a 2007. február 1-jével, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének E-II-52/2007. számú határozata alapján kezdte meg.

1097 Budapest, Könyves Kálmán krt.11.
1388 Budapest, Pf.: 67
Cg.: 01-10-045571
Központi telefon: 461-05-40
Központi fax: 461-05-41

FELÜGYELETI SZERV
PÉNZÜGYI SZERVEZETEK ÁLLAMI FELÜGYELETE (PSZÁF)

1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Központi levélcím: 1535 Budapest, 114. Pf. 777
Központi telefon: 489-91-00
Központi fax: 489-91-02

Szolgáltatási táblázat

A.) A biztosítási esemény bekövetkezésekor **18. életévüket betöltött, de 71. életévüket be nem töltött** Biztosítottak esetén

Szolgáltatások	Biztosítási összeg Ft
Baleseti halál	2.000.000
Temetési költség	500.000
Maradandó teljes rokkantság (100 % esetében)	2.000.000
Átképzési költség	500.000
Kerekesszék költség	500.000
Baleseti kórházi napi térítés (1-180 nap)	2.000
Csonttörés (egyösszegű)	15.000
Baleseti műtéti térítés	15.000
Hitelkártya és okmány pótlása - együttesen	30.000

B.) A biztosítási esemény bekövetkezésekor **18. életévüket be nem töltött** Biztosítottak esetén

Szolgáltatások	Biztosítási összeg Ft
Baleseti halál	2.000.000
Temetési költség	500.000
Maradandó teljes rokkantság 100 % esetében)	2.000.000
Átképzési költség	-
Kerekesszék költség	500.000
Baleseti kórházi napi térítés (1-180 nap)	2.000
Csonttörés (egyösszegű)	15.000
Baleseti műtéti térítés	15.000
Hitelkártya és okmány pótlása - együttesen	-

C.) A biztosítási esemény bekövetkezésekor **71. életévüket betöltött** Biztosítottak esetén

Szolgáltatások	Biztosítási összeg Ft
Baleseti halál	1.000.000
Temetési költség	500.000
Maradandó teljes rokkantság (100 % esetében)	1.000.000
Átképzési költség	-
Kerekesszék költség	500.000
Baleseti kórházi napi térítés (1-180 nap)	-
Csonttörés (egyösszegű)	-
Baleseti műtéti térítés	-
Hitelkártya és okmány pótlása - együttesen	30.000

III. Különös biztosítási feltételek

A) Baleseti eredetű kórházi napi térítést nyújtó fedezet különös biztosítási feltételei

A Biztosító a jelen különös biztosítási feltételek alapján a jelen különös biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése folytán a Biztosított orvosilag indokolt kórházi ápolása esetén a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja a kórházi ápolás időtartamára a jelen különös feltételek szerint.

Jelen különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételeinek rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

- 1.1 Biztosítási esemény a Biztosító kockázatviselésének fennállása alatt bekövetkező a Biztosított olyan balesete, melynek következtében a baleset megtörténtétől számított egy éven belül a Biztosított orvosilag indokolt fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ápolásra szorul.
- 1.2 A baleset meghatározását az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételi tartalmazzák.
- 1.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a baleset napja.
- 1.4 Jelen különös biztosítási feltételek szempontjából kórháznak minősül az olyan intézmény, amely állandó orvosi felügyeletet nyújtó, szakképzett ápolószeméllyel rendelkezik, és a mindenkori hatályos magyar jogszabályok szerint kórházi besorolást kapott.
- 1.5 Jelen különös biztosítási feltételek szempontjából nem minősül kórháznak
 - a) az alkoholisták és kábítószerfüggők kezelésére szolgáló intézmény;
 - b) a tuberkulózis fertőzött betegek kezelésére szolgáló intézmény;
 - c) az elmebetegek, illetve elmebeteg-ápolók számára fenntartott intézmény;
 - d) a gyógyfürdő kórház, illetve gyógyfürdőhely;
 - e) a rehabilitációs gyógyintézmény;
 - f) az úgynevezett elfekvő betegek ápolására szakosodott intézmény (krónikus belgyógyászat), illetve az utógondozási feladatokat ellátó intézmény.

2. Biztosító szolgáltatása

- 2.1 A Biztosító a biztosítási eseményből eredő kórházi felvétel napjától az ápolás minden napjára napi térítést fizet.
- 2.2 A Biztosító egy biztosítási évben legfeljebb összesen 180 nap kórházi ápolásra nyújt térítést.
- 2.3 A kórházi ápolás napjainak meghatározásánál a kórházi ápolás minden megkezdett naptári napja egész napnak számít, így a kórházi felvétel és elbocsátás, illetve az esetleges halál napja is.
- 2.4 A Biztosító nem teljesít szolgáltatást azokra a napokra, amelyeken a Biztosított nem tartózkodik a fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy ha az ott-tartózkodás – annak kezdő és befejező napját kivéve – 24 óránál rövidebb.
- 2.5 Amennyiben a gyógykezelés időtartama alatt olyan újabb baleset következik be, amely ugyancsak orvosilag indokolt és szükséges fekvőbeteg-gyógykezeléssel jár, akkor ez – a Biztosító térítési mértékének szempontjából – új biztosítási eseménynek minősül, feltéve, hogy az újabb baleset miatt a fekvőbeteg-gyógykezelés időtartama hosszabb a korábbiánál, kivéve, ha az újabb baleset okozati összefüggésben áll az előző biztosítási eseményt megalapozó balesettel.

3. A Biztosított kötelezettsége

Az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételiben leírtakon túl, a Biztosított köteles a biztosítási esemény (baleset) miatt megkezdődött kórházi ápolást a kórházba való felvételtől számított 5 munkanapon belül a Biztosítónak bejelenteni abban az esetben is, ha a biztosítási esemény alapját képező balesetet már korábban bejelentették.

4. Kockázatkizárások, a Biztosító mentesülése

Az AIM Balesetbiztosítás általános feltételek 9. pontjában meghatározott kockázatkizárásokon felül a Biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást:

- a) nem egészségügyi kockázat miatt végzett terhesség megszakítás;
- b) krónikus, rehabilitációs vagy rekreációs fekvőbeteg-gyógyintézeti osztályon (részlegesen, ágyon) való ellátás;
- c) alkohol- és kábítószer-elvonó intézményben történő tartózkodás;
- d) terápiás célból nem indokolt esztétikai beavatkozás, fogyókúrás kezelés miatti fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodás;
- e) fizioterápiás, fizioterápiás, fürdőgyógyászati, pszichoterápiás, akupunktúrás, természetgyógyászati és egyéb paramedikális kezelése esetén.

5. A 71 év feletti Biztosítottakra vonatkozó záradék

A Baleseti eredetű kórházi napi térítést nyújtó fedezet nem terjed ki azon Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésekor betöltötték a 71. életévüket.

A Biztosított életkorát az AIM Csoportos Balesetbiztosítás feltételi I. fejezet 2.2. pontjában meghatározottak szerint kell megállapítani.

B) Baleseti eredetű műtéti térítést nyújtó fedezet különös biztosítási feltételei

A Biztosító a jelen különös biztosítási feltételek alapján a jelen különös biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése folytán a Biztosított balesetből eredő orvos sebészi beavatkozás (műtét) estén a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja a jelen különös biztosítási feltételek szerint.

Jelen különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételnek rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

- 1.1 Biztosítási esemény a Biztosító kockázatviselésének fennállása alatt bekövetkező a Biztosított olyan balesete, melynek következtében egy éven belül a Biztosított fekvőbeteg kezelés céljából kórházba kerül és rajta az orvos indokolt műtéti beavatkozást végez olyan testi sérülés miatt, amelyet a baleset miatt szenvedett el. Amennyiben egyazon balesettel összefüggésben a Biztosítotton több műtéti beavatkozást végeznek, az a biztosítási fedezet szempontjából egy biztosítási eseménynek minősül.
- 1.2 Jelen különös biztosítási feltételek alkalmazásában műtétnek tekintendő az orvos-szakmai szabályok betartásával, orvosi szakképzettséggel rendelkező személy által elvégzett sebészeti (sebészeti jellegű) orvosi beavatkozás.
- 1.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- 1.4 A baleset meghatározását az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételi tartalmazzák.

2. A Biztosított kötelezettsége

Az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételiben leírtakon túl, a Biztosított köteles a biztosítási esemény (baleset) miatti műtétet a kórházba való felvételtől számított 5 munkanapon belül a Biztosítónak bejelenteni abban az esetben is, ha a biztosítási esemény alapját képező balesetet már korábban bejelentették.

3. A Biztosító szolgáltatása

- 3.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül megfizeti a biztosítási szolgáltatást a Biztosított részére.
- 3.2 A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál a műtét indokoltságát és az egészségi állapotot az általa megnevezett orvosokkal ellenőriztesse

4. Kockázatkizárások, a Biztosító mentesülése

Az AIM Balesetbiztosítás általános feltételek 9. pontjában meghatározott kockázatkizárásokon felül a Biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást, olyan műtétek esetén, amelyek nem a Biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozását szolgálják (pl. esztétikai, plasztikai műtétek).

5. A 71 év feletti Biztosítottakra vonatkozó záradék

A Baleseti eredetű műtéti térítést nyújtó fedezet nem terjed ki azon Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésekor betöltötték a 71. életévüket.

A Biztosított életkorát az AIM Csoportos Balesetbiztosítás feltételi I. fejezet 2.2. pontjában meghatározottak szerint kell megállapítani.

C) Baleseti eredetű csonttörés térítést nyújtó fedezet különös biztosítási feltételei

A Biztosító a jelen különös biztosítási feltételek alapján a jelen különös biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése folytán a Biztosított balesetből eredő csonttörése estén a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújt a jelen különös biztosítási feltételben meghatározottak szerint.

Jelen különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételeinek rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

- 1.1 Biztosítási esemény a Biztosító kockázatviselésének fennállása alatt bekövetkező a Biztosított olyan balesete, melynek következtében a Biztosított csonttörést szenved el. Amennyiben egyazon baleset folytán a Biztosított több helyen szenved csonttörést, a biztosítási fedezet szempontjából az egy biztosítási eseménynek minősül.
- 1.2 Jelen különös biztosítási feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.
- 1.3 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- 1.4 A balesetnek a szerződésre vonatkozó meghatározását az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételi tartalmazzák.

2. A Biztosított kötelezettsége

Az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételiben leírtakon túl, a Biztosított köteles a biztosítási esemény (baleset) miatti csonttörést annak orvosi megállapításától számított 5 munkanapon belül a Biztosítónak bejelenteni abban az esetben is, ha a biztosítási esemény alapját képező balesetet már korábban bejelentették.

3. A Biztosító szolgáltatása

- 3.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül megfizeti a biztosítási szolgáltatást a Biztosított részére.

4. Kockázatkizárások, a Biztosító mentesülése

Az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételi alkalmazandók.

5. A 71 év feletti Biztosítottakra vonatkozó záradék

A Baleseti eredetű csonttörés térítést nyújtó fedezet nem terjed ki azon Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezésekor 71. életévüket betöltötték.

A Biztosított életkorát az AIM Csoportos Balesetbiztosítás feltételi I. fejezet 2.2. pontjában meghatározottak szerint kell megállapítani.

D) Baleseti halál esetén térítést nyújtó fedezet különös biztosítási feltételei

A Biztosító a jelen különös biztosítási feltételek alapján a jelen különös biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése folytán a Biztosított balesetből eredő elhalálása esetén a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja a jelen különös biztosítási feltételekben meghatározottak szerint.

Jelen különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételeinek rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

- 1.1 Biztosítási esemény a Biztosító kockázatviselésének fennállása alatt bekövetkező a Biztosított olyan balesete, melynek következtében a Biztosított a baleset napjától számított egy éven belül meghal.
- 1.2 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- 1.3 A baleset meghatározását az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételi tartalmazzák.

2. A Kedvezményezett kötelezettsége

A Kedvezményezett köteles a Biztosított halálát annak bekövetkezésétől számított 15 munkanapon belül bejelenti a Biztosítónak abban az esetben is, ha a biztosítási esemény alapját képező balesetet már korábban bejelentették.

3. Biztosító szolgáltatása

- 3.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül fizeti meg a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási szolgáltatásokat.
- 3.2 A Biztosító temetési költség címén kizárólag a Biztosított jelen különös feltételek szerinti biztosítási esemény miatt bekövetkezett baleseti halála okán felmerült ésszerű, és számlával igazolt temetési költségeket fizeti meg a Kedvezményezett részére, feltéve, hogy a Kedvezményezett igazolja, hogy a Biztosított temettetésének költségei nála merültek fel.
- 3.3 A Biztosító a biztosítási szolgáltatás összegéből levonja az ugyanazon balesetből eredő maradandó rokkantsági szolgáltatásként már kifizetett összegeket, és csak a különbözetet téríti meg. Amennyiben maradandó rokkantság címén a Biztosító korábban olyan biztosítási szolgáltatást nyújtott, amelynek összege megegyezik a baleseti halál folytán nyújtandó biztosítási szolgáltatás összegével, a Biztosító további biztosítási szolgáltatást nem nyújt.

4. Kockázatkizárások, a Biztosító mentesülése

Az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételei alkalmazandók.

5. A 71 év feletti Biztosítottakra vonatkozó záradék

Azon Biztosítottak esetében, akik a biztosítási esemény bekövetkezésekor a 71. életévüket betöltötték, a rájuk vonatkozóan meghatározott szolgáltatási táblázat szerinti biztosítási összegek alkalmazandók.

A Biztosított életkorát az AIM Csoportos Balesetbiztosítás feltételi I. fejezet 2.2. pontjában meghatározottak szerint kell megállapítani.

E) Maradandó rokkantság esetén térítést nyújtó fedezet különös biztosítási feltételei

A Biztosító jelen különös biztosítási feltételek alapján a biztosítási esemény bekövetkezése folytán a Biztosított balesetből eredő maradandó rokkantsága esetén a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási szolgáltatásokat nyújtja a jelen különös biztosítási feltételek szerint.

Jelen különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételi rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

- 1.1 Biztosítási esemény a Biztosító kockázatviselésének fennállása alatt a Biztosított olyan balesete, melynek következtében a Biztosított maradandó egészségkárosodást szenved, amely közvetlenül és minden egyéb októl függetlenül a baleset időpontját követő egy éven belül a rokkantsági tábla alapján **50%-ot** elérő vagy meghaladó maradandó rokkantságot eredményez (a továbbiakban maradandó rokkantság).
- 1.2 Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség csökkenés, amely a szokásos életvitelt korlátozza. Maradandó egészségkárosodásnak tekintendő, ha Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak és stabilnak tekinthető. A baleset következtében kialakult esztétikai következmények, valamint szociális, anyagi hátrányok önmagukban nem tekinthetők maradandó egészségkárosodásnak. A munkaképesség megváltozása és/vagy sporttevékenység feladása nem játszik szerepet.
- 1.3 A baleset meghatározását az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételi tartalmazzák.
- 1.4 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

2. A Biztosított kötelezettsége

A Biztosított köteles az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételiben meghatározottakon túl a maradandó rokkantsági szolgáltatásra való igényt a biztosítási esemény napjától számított egy éven belül bejelenteni a Biztosítónak abban az esetben is, ha a biztosítási esemény alapját képező balesetet már korábban bejelentették.

3. A Biztosító szolgáltatása

- 3.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül megfizeti a Biztosított részére a biztosítási szolgáltatást.
- 3.2 A szolgáltatási táblázatban maradandó rokkantság esetére meghatározott biztosítási összeg egésze abban az esetben jár, ha a Biztosított rokkantsági foka 100%. Egyéb esetekben a Biztosító a jelen feltételek szerinti Rokkantsági tábla alapján fizet biztosítási szolgáltatást.
- 3.3 Amennyiben a biztosítási szolgáltatás teljesítését követően a Biztosított állapotában olyan változás (akár javulás, akár romlás) következik be, amely a rokkantság fokának mértékére kihatással van, a Biztosító nem köteles további biztosítási szolgáltatás teljesítésére és nem követel vissza már kifizetett biztosítási szolgáltatást vagy annak valamely részét.**
- 3.4 A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a Biztosító az alábbiak szerint állapítja meg:

4. Testrészek és érzékszervek egészségkárosodása és az egészségkárosodás foka (%):

- 4.1 Rokkantsági tábla

Az egészségkárosodás	Rokkantság foka, biztosítási szolgáltatás %-os aránya		
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése		100 %	

Mindkét felkar-, alkar vagy kéz elvesztése		100 %	
Beszélőképesség, vagy mindkét fül hallóképességének traumatikus eredetű elvesztése		70 %	
Mindkét comb elvesztése		100 %	
Egyik felső és alsó végtag együttes csonkolása		100 %	
Mindkét lábszár elvesztése		90 %	
Egyik lábszár vagy alkar elvesztése		70 %	
Jobb kéz, illetve bizonyított balkezesség esetén a balkéz elvesztése (csuklón alul)		65 %	
Bal kéz elvesztése, bizonyított jobbkezesség esetén, illetve jobb kéz elvesztése bizonyított balkezesség esetén (csuklón alul)		50 %	

- 4.1.1 Elvesztés: a végtagok fizikai elvesztése (amputációja), vagy működőképességük teljes és maradandó elvesztése.
- 4.1.2 Halló- vagy beszédképesség elvesztése: A hallás, vagy a beszéd elvesztése a halló- vagy a beszédképesség teljes és végleges elvesztését jelenti.
- 4.1.3 Szem elvesztése: a látás teljes és végleges elvesztését jelenti. Ez akkor tekinthető bekövetkezettnek, ha a korrekciót követően a megmaradt látás foka 3/60 rész, vagy kevesebb a Snellen skála alapján.
- 4.2 A baleseti maradandó egészségkárosodás mértékét a táblázatban felsorolt szervek, illetve végtagok elvesztése esetén azonnal, egyébként pedig legkésőbb egy évvel a baleset bekövetkezése után meg kell állapítani. A táblázatban fel nem sorolt esetekben a baleseti maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.
- 4.3 A Biztosító az egyes biztosítási események bejelentésének sorrendjében teljesíti mindaddig, amíg a balesetből eredő egészségkárosodások összesített mértéke el nem éri a 100%-ot.
- 4.4 Az utolsó egészségkárosodás százalékosan oly mértékben vehető figyelembe, hogy az összesített egészségkárosodás mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül attól, hogy egy, vagy több baleset történt.

5. Kerekesszék költségek

A Biztosító legfeljebb a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási összegig megtéríti továbbá a Biztosított maradandó rokkantsága esetén a baleset napjától számított 18 hónapon belül a Biztosított személynél felmerülő, orvosilag indokolt kerekesszék számlával igazolt költségét biztosítási eseményenként egyszeri alkalommal, feltéve, hogy a Biztosított balesetből eredő rokkantsága jelen különös feltételek szerint biztosítási eseménynek minősül.

6. Átképzési költségek

A Biztosító legfeljebb a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási összegig megtéríti továbbá a Biztosított maradandó rokkantsága esetén a baleset napjától számított 18 hónapon belül felmerülő azon ésszerű és igazolt költségeket, amelyek a Biztosított megváltozott munkaképessége miatt szükségessé váló átképzése kapcsán merülnek fel, feltéve, hogy a Biztosított balesetből eredő rokkantsága jelen különös feltételek szerint biztosítási eseménynek minősül.

7. Kockázatkizárások

Az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételei alkalmazandók.

8. A 14-18 év közötti, valamint a 71 év feletti Biztosítottakra vonatkozó záradék

Azon Biztosítottak esetében, akik a biztosítási esemény napján nem töltötték be 18., illetve betöltötték a 71. életévüket az Átképzési költségek nem térülnek.

A biztosítási esemény napján 71. életévüket betöltött Biztosítottak részére maradandó teljes rokkantság esetén a Biztosító csökkentett, az ezen Biztosítottakra vonatkozóan meghatározott szolgáltatási táblázat szerinti biztosítási szolgáltatást nyújtja a különös feltételekben meghatározottak szerint

A Biztosított életkorát az AIM Csoportos Balesetbiztosítás feltételi I. fejezet 2.2. pontjában meghatározottak szerint kell megállapítani.

F) Bankkártya és okmány kiegészítő fedezet különös biztosítási feltételei

A Biztosító jelen különös biztosítási feltételek alapján megtéríti a betöréses lopás, vagy rablás során eltulajdonított bankkártya, és személyi okmányok pótlásával felmerült újrabeszerzési költségeket a szolgáltatási táblázatban meghatározott biztosítási összeg erejéig.

Jelen különös biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben az AIM Csoportos Balesetbiztosítás Általános feltételi rendelkezései az irányadók.

1. Biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosító kockázatviselésének fennállása alatt a Biztosított bankkártyájának, és/vagy személyes okmányainak (a továbbiakban együttesen biztosított vagyontárgyak) eltulajdonítása betöréses lopás, vagy rablás során.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a lopás, vagy rablás időpontja.

Betöréses lopásnak minősül, ha az elkövető a lopás során a biztosított vagyontárgyat tartalmazó lezárt helyiségbe:

- a) nyílászárók be- vagy feltörésével, fal, födém vagy tető kibontásával erőszakos módon hatolt be;
- b) nehezítő akadályok elhárítása után, közlekedésre nem megengedett, illetve arra alkalmatlan, meglévő nyíláson (pl. szellőzőnyílás) keresztül hatolt be;
- c) zárás előtt a helyiségben elrejtőzött, és zárás után az a.), illetve b.) pontokban foglaltak szerint távozott;
- d) álkulccsal vagy zárok felnyitására alkalmas más idegen eszköz használatával jutott be;
- e) eredeti vagy kulcsmásolat használatával jutott be, úgy, hogy a kulcsokhoz az a.)- d.) pontok szerinti - egy másik épület helyiségébe, illetve ugyanazon épület más helyiségébe történő - betöréses lopás vagy a kulcs megszerzésére irányuló rablás útján jutott.

Jelen különös feltételek alkalmazásában betöréses lopásnak minősül az is, ha a biztosított vagyontárgyat megfelelően lezárt gépjárműből, a gépjármű ellen elkövetett erőszak alkalmazásával lopják el, vagy a megfelelően lezárt gépjárművet – amelyben a biztosított vagyontárgyak vannak – a biztosított vagyontárgyakkal együtt ellopják.

Megfelelően lezárt az a gépjármű, amelynek összes zárszerkezete, ablaka (beleértve a napfénytetőt is) a biztosítási esemény bekövetkezésekor zárt állapotban volt. Nem tekinthető megfelelően lezártnak a gépjármű, ha bármelyik zárbetétje hiányzik, vagy olyan módon megrongálódott, hogy a zár a gépjármű kulcsainak használata nélkül is működtethető.

A gépjárműből, illetve gépjárművel együtt történő eltulajdonítás tekintetében jelen különös feltételek külön kockázatkizárási rendelkezést tartalmaznak.

Rablásnak minősül, ha valamely személy vagy személyek a biztosított vagyontárgyat jogtalan eltulajdonítás végett úgy vesznek el másától, hogy evégből valaki ellen erőszakot, avagy élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmaznak, illetőleg valakit öntudatlan vagy védekezésre képtelen állapotba helyeznek. Rablásnak minősül az is, ha a tetten ért elkövető a biztosított vagyontárgy megtartása végett erőszakot, avagy élet vagy testi épség elleni közvetlen fenyegetést alkalmaz.

2. Biztosított vagyontárgyak

Bankkártya: a Szerződő által kibocsátott bankkártya.

Személyi okmányok: Az állampolgárság szerinti ország által kiállított személyazonosságot igazoló okmány, (személyi igazolvány, lakcímkártya, jogosítvány, útlevel, TB kártya, adóazonosító kártya), továbbá a Magyar Köztársaság hatáskörrel rendelkező hatósága által belföldi tartózkodásra jogosító hatósági igazolvány.

3. A Biztosított kötelezettsége

A Biztosított köteles a lopást, rablást követően legfeljebb 24 órán belül bejelentést, illetve feljelentést tenni a rendőrségen, mely bejelentésnek tartalmaznia kell részletesen az eltulajdonított vagyontárgyakat, és az eltulajdonítás körülményeit.

A Biztosított köteles a biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 5 napon belül bejelenteni a Biztosítónak.

A Biztosított – amennyiben az eltulajdonított biztosított vagyontárgyak hollétéről tudomást szerez – köteles a rendőrséget és a Biztosítót haladéktalanul értesíteni. A Biztosító felszólítására a tárgyak azonosítása és visszaszerzése érdekében Biztosított köteles minden tőle telhetőt megtenni.

Ha az eltulajdonított tárgyak a biztosítási szolgáltatás kifizetése előtt előkerülnek, a Biztosított köteles azokat visszavenni.

Amennyiben az eltulajdonított biztosított vagyontárgyak az újrabeszerzés előtt megkerülnek, a Biztosító biztosítási szolgáltatást nem teljesít.

4. Biztosító szolgáltatása

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül megfizeti az okmányok, illetve bankkártya igazolt újrabeszerzési költségét legfeljebb a szolgáltatási táblázatban meghatározott együttes biztosítási összeg erejéig.

Újrabeszerzési költségek: a személyi okmányok és/vagy a bankkártya ismételt kiállításának, előállításának együttes illeték, és díj költsége, amelyet a Biztosított igazolt módon és összegben a hatóságnak, illetve a Szerződőnek megfizetett.

5. Kockázatkizárások, mentesülés

Az AIM Balesetbiztosítás általános feltételek 11. és 12. pontjában meghatározott kockázatkizárásokon felül a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem terjed ki a következőkre:

- a) csalárd bankkártya terhelésekre vagy banki költségekre;
- b) bármilyen testi sérülés, betegség, rokkantság, sokk, mentális sérülés vagy halállal kapcsolatban felmerült költségekre;
- c) bármilyen olyan pénzügyi veszteségre, következményi kárra, elmaradt haszonra, amely a Biztosítottat érte az okmányok, illetve a bankkártya eltulajdonításával összefüggésben;
- d) készpénz, csekkek, utazási jegyek, vagy más hasonló tárgyak, a személyi okmányok és a bankkártya kivételével, amelyek a Biztosítottnál vagy a gépjárműben voltak;
- e) a gépjárműből, illetve a gépjárművel együtt történő eltulajdonítás, amennyiben a biztosítási esemény 22.00 óra és 6.00 óra között következik be

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a Biztosított az okmányokat, illetve a bankkártyát súlyosan gondatlanul, kívülről látható helyen hagyta a gépjárműben, vagy helyiségben.