

A BALESETI EREDETŰ TELJES ÉS VÉGLEGES EGÉSZSÉGGÁROSODÁSRA VONATKOZÓ KOLLEKTÍV (CSOPORTOS) KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI 2011/TVBR1

I. Általános rendelkezések

1. Az itt nem szabályozott kérdésekben a K&H Biztosító Zrt. Kollektív (csoportos) kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéseinek általános feltételeit (a továbbiakban általános feltételek) is alkalmazni kell. Jelen feltételeket és az általános feltételeket a biztosítási szerződésre együtt kell értelmezni és alkalmazni.
2. Jelen feltételekben meghatározott baleseti eredetű teljes és végleges egészségkárosodás, mint biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződés (fő- és kiegészítő biztosítás) adott Biztosított vonatkozásában megszűnik.

II. Biztosítási esemény

1. Biztosítási esemény a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért baleset, melynek következtében a Biztosított teljes és végleges egészségkárosodást szenved.
2. A teljes és végleges egészségkárosodás a biztosítás szempontjából az alább felsorolt körülmények közül legalább az egyik fennállását jelenti:
 - a) mindkét kéz csuklótól, vagy a lábfejek bokától való teljes és maradandó elvesztése, illetőleg legalább az egyik kéz és egyik láb ilyen módon történő elvesztése,
 - b) egyik kar könyöktől vagy könyök feletti résztől való teljes és maradandó elvesztése, vagy az egyik láb térdtől vagy térd feletti résztől való teljes és maradandó elvesztése,
 - c) mindkét szem látásának teljes és maradandó elvesztése - hirtelen külső behatásból eredő - sérülés következtében,
 - d) teljes és maradandó bénulás - hirtelen külső behatásból eredő sérülés - következtében. A szolgáltatás szempontjából bénulásnak minősül legalább két végtagra kiterjedő bénulás, illetőleg a beszéd-, egyensúlyérzékelés, lélegzés, vizelet- vagy székelés funkció izomi kontrolljának teljes és maradandó elvesztése, a koponya olyan mértékű maradandó - hirtelen külső behatásból eredő - sérülése, amely következményeként a Biztosított képtelenné válik alapvető életfunkcióinak harmadik személy igénybe vétele nélküli, önálló ellátására.
3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

III. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok

1. A biztosítási szerződés megkötése előtt már sérült, vagy csonka, vagy funkciójukban korlátozott (nem ép) testrészek kizártak a biztosítási védelemből.
2. A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:
 - a) a porckorongsérvre, kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
 - b) a hasi sérvre, kivéve, ha a hasi sérv az ép hasfalat ért egyszeri, külső, extrém, mechanikus behatás következménye.

IV. Biztosítási összeg

A biztosítási összeget a biztosítási szerződés tartalmazza.

V. A Biztosító szolgáltatása

1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget téríti.
2. A Biztosító szolgáltatása nem lehet nagyobb a teljesítés esedékességekor hatályos biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összegnél. (Több körülmény fennállása esetén sem.)
3. Amennyiben a baleset előtt már meglévő betegségek vagy fogyatékosságok közrehatottak a maradandó egészségkárosodás mértékében, és ez a közrehatás legalább 25%-os volt, a Biztosító a fizetendő összeget a közrehatás mértékével csökkenti.

4. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak abban az esetben áll be, ha a biztosítási esemény bejelentésére és megállapítására még a Biztosított életében kerül sor.
5. Teljes és végleges egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
6. A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosítottnál az egészségi állapotot a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.

VI. A kárigény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

1. A Biztosító az általános feltételek XIX. pontjában foglaltak szerint jár el.
2. A Biztosító az alábbi határidőkön belül teljesít:
 - a) az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott károsodások alapján megállapított szolgáltatást a Biztosító az utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül,
 - b) egyéb esetekben a károsodás véglegessé válását követően 30 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 2 év letelte után 30 napon belül.