

Allgemeine Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler (TANF15)

Diese Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler (im Weiteren: allgemeine Bedingungen) sind für die Unfallversicherungsverträge für Schüler des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Allgemeine Bedingungen abgeschlossen wurde.

Abhängig vom Inhalt des gewählten Versicherungspaketes sind für die Versicherungsrisiken die sich beziehenden besonderen Bedingungen (im weiteren: Besondere Bedingungen) gültig. Die einzelnen Leistungspakete, die Versicherungsrisiken in den einzelnen Paketen, sowie die Versicherungssummen der einzelnen Risiken sind in dem „Szimba-Kalauz“ beinhaltet, das den untrennbaren Teil dieses Vertrages bildet.

Für die in diesen Allgemeinen Bedingungen bzw. den Sonderbedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften vereinbart.

Die Besonderen Bedingungen für die Versicherung können von dem Inhalt der allgemeinen Bedingungen abweichen; im Falle solcher Abweichungen sind die Vorschriften der Besonderen Bedingungen maßgebend.

Im Falle einer Abweichung in dem Dokument „Kundeninformation und allgemeine Bedingungen bezüglich des Versicherungsvertrages“, das den Teil des Versicherungsvertrages bildet und in den Bedingungen, sind die Verfügungen der Bedingungen maßgebend.

I Inhalt des Versicherungsvertrages

Der Versicherer verpflichtet sich aufgrund des Versicherungsvertrages, die Versicherungsrisiken in den allgemeinen Bedingungen und in den Sonderbedingungen zu übernehmen, sowie abhängig vom Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherungsleistung zu zahlen, der Antragsteller verpflichtet sich für die Zahlung der Versicherungsprämie.

Versicherungsfall: Eintritt des Versicherungsfalles, der in den besonderen Bedingungen festgesetzt ist, für die in dem Vertrag bestimmten Unfallversicherungen.

II Allgemeine Verfügungen

II.1 Subjekte des Versicherungsvertrages

II.1.1 **Der Versicherer** ist eine Rechtsperson, die gegen die Versicherungsprämie das Versicherungsrisiko und die in den Sonderbedingungen bestimmte Leistungspflicht übernimmt.

II.1.2 **Als Antragsteller** gilt der nicht Verbraucher:

- a) eine Bildungsanstalt oder Erziehungs-/Betreuungsanstalt (nachfolgend kurz: Bildungsanstalt), oder
- b) das Organ, das als Erhalter der Bildungsanstalt gilt (nachfolgend kurz: Erhalter), oder
- c) das Gesellschaftsorgan, das aufgrund seines in der Gründungsurkunden festgesetzten Tätigkeit mit der Bildungsanstalt verbunden ist

und auf den Abschluss des Versicherungsvertrages einen Antrag stellt, und die von den im Namenverzeichnis für Versicherte aufgeführten Versicherten übernommene Versicherungsprämie dem Versicherer bezahlt. Der Antragsteller ist nicht berechtigt im Namen des Versicherers eine Erklärung zu machen.

II.1.3 **Als Versicherte/r** gilt die natürliche Person, für deren Leben und/oder Ereignisse verbunden mit ihrem Gesundheitszustand der Vertrag zustande kommt. Die Versicherten werden zum Zeitpunkt der Antragstellung bekanntgegeben. Der Antragsteller hat die Möglichkeit, nach dem Zustandekommen des Vertrags, die Wirkung des Vertrags für neue oder weitere Versicherte zu erstrecken.

In dem aufgrund dieser allgemeinen Bedingungen zustande kommenden Vertrag sind mehrere Versichertengruppen nach Namen zu bilden.

Der Versicherte kann die natürliche Person sein, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung ihr 25 Lebensjahr noch nicht erfüllt hat und die gleichzeitig mit der Prämienzahlung ins Namensverzeichnis der Versicherten eingetragen wurde und

- mit dem Bildungsinstitut unter Punkt II.1.2 a) oder dem Erhalter-Antragssteller unter Punkt II.1.2 b) im Ausbildungsverhältnis steht, oder
- in die Erziehung/Betreuung eines Bildungsinstitut (z.B. Kindergarten, Kinderkrippe) aufgenommenes Kind, oder
- wenn der Antragssteller ein Gesellschaftsorgan ist, dann steht die Person der Antragsteller laut Punkt II.1.2 c) mit dem Ausbildungsinstitut im Studenten/ Schülerverhältnis, oder wurde in die Erziehung/Betreuung des Institutes aufgenommen.

II.1.4 Wenn der/die Versicherte minderjährig ist die Genehmigung der Vormundschaftsbehörde – inklusive die Gültigkeit der Modifizierung des Vertrages bezüglich des gegebenen Versicherten während der Minderjährigkeit des Versicherten – nicht notwendig. Die Genehmigung der Vormundschaftsbehörde ist auch für den Fall nicht notwendig, wenn der/die Versicherte in seiner Handlungsfähigkeit oder in Hinsicht seiner Rechtserklärungen eine teilweise beschränkte oder handlungsunfähige volljährige Person ist.

II.1.5 Als Begünstigte/r gilt im Falle der im Leben des Versicherten fälligen Leistungen der/die Versicherte, im Falle des Todes des/der Versicherten der/die Erbe/n des/der Versicherten.

II. 2 Zustandekommen des Versicherungsvertrages und des Rechtsverhältnisses als Versicherter

II. 2.1 Der Vertrag kommt mit einer schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Antragsteller und dem Versicherer zustande. Der Abschluss des Versicherungsvertrags wird vom Antragsteller mit einem schriftlichen Antrag, einem dem Antrag beigefügten Namensverzeichnis und der gleichzeitigen Einzahlung der einmaligen Prämie beantragt. Der Antragsteller bleibt an seinen Antrag 15 Tage ab dem Tag der Antragstellung gebunden.

II.2.2 Der Versicherer kann den Antrag, beziehungsweise die Erklärung zum Zustandekommen oder zur Änderung des Rechtsverhältnisses als Versicherter (Vertragsänderung) entweder annehmen oder ablehnen oder einen Vorschlag auf eine Änderung machen. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, die Ablehnung des Antrags oder der vom Antragsteller beantragte Änderung beziehungsweise seinen Änderungsvorschlag zu begründen.

II.2.3 Wird vom Antragsteller gegen den Antrag oder im Falle einer Vertragsänderung die mit einem vom Antragsteller beantragten Änderungsvorschlag abweichenden Inhalt ausgefertigte Deckungszusage (weiterhin: Polizze) unverzüglich nach Erhalt oder spätestens innerhalb von 15 Tagen kein schriftlicher Einwand erhoben, kommt der Vertrag aufgrund des Inhalts der Polizze zustande, beziehungsweise wird geändert. Wird die Abweichung vom Antragsteller abgelehnt (eingewendet) kommt der Vertrag beziehungsweise die Änderung nicht zustande. Der Versicherer macht den Antragsteller auf eine wesentliche Abweichung schriftlich aufmerksam. Sollte dies entfallen, kommt der Vertrag auf Grundlage des Antrags, beziehungsweise gemäß dem Inhalt des vom Antragsteller gestellten Änderungsvorschlags zustande.

II. 2.4 Der Vertrag kommt zustande wenn der Versicherer den Antrag des Antragstellers mit der dem Antragsteller zugesandten Polizze annimmt.

II. 2.5 Das Rechtsverhältnis als Versicherter bezüglich dem gegebenen Versicherten kommt durch die Ausstellung eines Bestandteil des Vertrages bildenden Szimba-Wegweisers (Szimba kalauz) und einer dessen Bestandteil bildenden Kundenkarte (zusammen: Antwortkarte) sowie die Eintragung des Versicherten in das Namensverzeichnis, beziehungsweise die Zusatzliste und die Übermittlung des Namensverzeichnisses/der Zusatzliste an den Versicherer, ferner die Einzahlung der auf den gegebenen Versicherten fallenden Teil der Versicherungsprämie an den Versicherer zustande.

II. 3 Beginn und Einstellung der Risikoübernahme

II.3.1 Im Falle von Verträgen, bei denen der Beginn und das Ende der Risikoübernahme vor dem 31. August des Stichtjahres waren

- a) Falls der Versicherungsvertrag anhand des vom Antragsteller unterschriebenen Antrags und des Namenverzeichnisses für Versicherte - als integraler Bestandteil des Vertrags – vor dem 31. August des Jahres in dem der Vertrag unterzeichnet wird (nachfolgend: Stichtjahr) gültig wird und die Versicherungsprämie bis zum 31. August des Stichtjahres beim Versicherer eingeht, beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten im Namenverzeichnis am 01. September des Stichtjahres, und dauert bis zum 31. August des auf das Stichtjahr kommenden Kalenderjahres.

b) Verfügt die den Antrag stellende Anstalt vor dem 01. September des Stichtjahres über einen gültigen Szimba Versicherungsvertrag, und vor dem 01. September des Stichtjahres durch eine Vertragsänderung ein/e neu/e Versicherte auf der Zusatzliste in den bereits existierenden Vertrag eintritt, so ist der Beginn der Risikoübernahme bezüglich der Versicherten auf der Zusatzliste der 01. September des Stichtjahres, und die Risikoübernahme des Versicherers dauert bis zum 31. August des auf das Stichtjahr kommenden Kalenderjahres.

c) Wenn nach dem 01. September des Stichtjahres, aber zu irgendeinem Zeitpunkt vor dem 31. Dezember des Stichtjahres durch eine Vertragsänderung ein/e neu/e Versicherte auf der Zusatzliste in den bereits existierenden Vertrag eintritt, so beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten auf der Zusatzliste erst um „0“ Uhr nach dem Tag, wenn die Vertragsänderung, die Zusatzliste und die Versicherungsprämie für die Versicherten auf der Zusatzliste beim Versicherer eingeht, und die Risikoübernahme des Versicherers dauert bis zum 31. August des auf das Stichtjahr kommenden Kalenderjahres.

d) Wenn nach Stichtjahr – vor dem 31. August dieses Jahres – zu irgendeinem Zeitpunkt durch eine Vertragsänderung ein/e neu/e Versicherte auf der Zusatzliste in den bereits existierenden Vertrag eintritt, so beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten auf der Zusatzliste erst um „0“ Uhr nach dem Tag, wenn die Vertragsänderung, die Zusatzliste und die Versicherungsprämie für die Versicherten auf der Zusatzliste beim Versicherer eingeht, und die Risikoübernahme des Versicherers dauert bis zum 31. August des Jahres laut Vertragsänderung.

II.3.2 Im Falle von Verträgen, bei denen der Beginn und das Ende der Risikoübernahme zwischen dem 1. September und dem 31. Oktober des Stichtjahres waren

a) Falls der Versicherungsvertrag anhand des vom Antragsteller unterschriebenen Antrags und des Namenverzeichnisses für Versicherte - als integraler Bestandteil des Vertrags – zwischen dem 01. September und dem 31. Oktober gültig wird und die Versicherungsprämie während dieser Zeitdauer beim Versicherer eingeht, beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten im Namenverzeichnis am 01. September des Stichtjahres, und dauert bis zum 31. August des auf das Stichtjahr kommenden Kalenderjahres.

b) Wenn durch Vertragsänderung nach dem 01. September des Stichtjahres, aber zu irgendeinem Zeitpunkt vor dem 31. Dezember des Stichtjahres durch eine Vertragsänderung ein/e neu/e Versicherte auf der Zusatzliste in den bereits existierenden Vertrag eintritt, so beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten auf der Zusatzliste erst um „0“ Uhr nach dem Tag, wenn die Vertragsänderung, die Zusatzliste und die Versicherungsprämie für die Versicherten auf der Zusatzliste beim Versicherer eingeht, und die Risikoübernahme des Versicherers dauert bis zum 31. August des auf das Stichtjahr kommenden Kalenderjahres.

c) Wenn nach Stichtjahr – vor dem 31. August dieses Jahres – zu irgendeinem Zeitpunkt durch eine Vertragsänderung ein/e neu/e Versicherte auf der Zusatzliste in den bereits existierenden Vertrag eintritt, so beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten auf der Zusatzliste erst um „0“ Uhr nach dem Tag, wenn die Vertragsänderung, die Zusatzliste und die Versicherungsprämie für die Versicherten auf der Zusatzliste beim Versicherer eingeht, und die Risikoübernahme des Versicherers dauert bis zum 31. August des Jahres laut Vertragsänderung.

II.3.3 Im Falle von Verträgen, bei denen der Beginn und das Ende der Risikoübernahme nach dem 31. Oktober, aber vor dem 31. Dezember des Stichtjahres waren

a) Falls der Versicherungsvertrag anhand des vom Antragsteller unterschriebenen Antrags und des Namenverzeichnisses für Versicherte - als integraler Bestandteil des Vertrags – nach dem 31. Oktober, aber vor dem 31. Dezember des Stichtjahres gültig wird und die Versicherungsprämie nach den Versicherten in dem Namennachweis während dieser Zeitdauer beim Versicherer eingeht, beginnt die Risikoübernahme um 0 Uhr nach dem Tag, wenn die Prämie eingeht, und dauert bis zum 31. August des auf das Stichtjahr kommenden Kalenderjahres.

b) Wenn nach dem 31. Oktober des Stichtjahres, aber vor dem 31. Dezember des Stichtjahres durch eine Vertragsänderung ein/e neu/e Versicherte auf der Zusatzliste in den bereits existierenden Vertrag eintritt, so beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten auf der Zusatzliste erst um „0“ Uhr nach dem Tag, wenn die Vertragsänderung, die Zusatzliste und die Versicherungsprämie für die Versicherten auf der Zusatzliste beim Versicherer eingeht, und die Risikoübernahme des Versicherers dauert bis zum 31. August des auf das Stichtjahr kommenden Kalenderjahres.

c) Wenn im Jahr nach dem Stichjahr – vor dem 31. August dieses Jahres – zu irgendeinem Zeitpunkt durch eine Vertragsänderung ein/e neu/e Versicherte/r auf der Zusatzliste in den bereits existierenden Vertrag eintritt, so beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten auf der Zusatzliste erst um „0“ Uhr nach dem Tag, wenn die Vertragsänderung, die Zusatzliste und die Versicherungsprämie für die Versicherten auf der Zusatzliste beim Versicherer eingeht, und die Risikoübernahme des Versicherers dauert bis zum 31. August des Jahres der Vertragsänderung.

II.3.4 Im Falle von Verträgen, bei denen der Beginn und das Ende der Risikoübernahme zwischen dem 01. Januar und dem 31. August des Stichjahres waren

a) Falls der Versicherungsvertrag anhand des vom Antragsteller unterschriebenen Antrags und des Namenverzeichnisses für Versicherte - als integraler Bestandteil des Vertrags – zwischen dem 01. Januar und dem 31. August des Stichjahres gültig wird und die Versicherungsprämie beim Versicherer eingeht, beginnt die Risikoübernahme um 0 Uhr nach dem Tag, wenn die Prämie eingeht, und dauert bis zum 31. August des Stichjahres.

b) Wenn der Versicherungsvertrag zwischen dem 01. Januar und dem 31. August des Stichjahres zustande kommt und durch eine Vertragsänderung ein/e neu/e Versicherte auf der Zusatzliste in den bereits existierenden Vertrag eintritt, so beginnt die Risikoübernahme bezüglich der Versicherten auf der Zusatzliste erst um „0“ Uhr nach dem Tag, wenn die Vertragsänderung, die Zusatzliste und die Versicherungsprämie für die Versicherten auf der Zusatzliste beim Versicherer eingeht, und die Risikoübernahme des Versicherers dauert bis zum 31. August des Stichjahres.

II.4 Dauer des Vertrages

Der Vertrag und das Versichertenrechtsverhältnis kommen für eine bestimmte Dauer zustande.

II.5 Erlöschen des Vertrages und des Versichertenrechtsverhältnisses

II.5.1 Der Versicherungsvertrag wird beim Ablauf der bestimmten Dauer eingestellt.

Gleichzeitig mit der Einstellung des Versicherungsvertrages werden alle Versichertenrechtsverhältnisse eingestellt.

II.5.2 Das Versicherungsverhältnis des/der gegebenen Versicherten wird beim Tod des Versicherten ebenfalls eingestellt.

II.6 Räumliche Geltung der Versicherung

Der räumliche Geltungsbereich der Versicherung umfasst die ganze Welt, ausgesetzt die Sonderbedingungen nicht anders verfügen.

III. Rechte und Pflichten der Vertragsbeteiligten

III.1 Der Antragsteller ist verpflichtet, die Versicherten über den Inhalt und jede eventuelle Änderung des Versicherungsvertrages zu informieren.

III.2 Der Antragsteller kann die Änderung des Vertrags beantragen. Der Versicherer kann den Änderungsantrag entweder annehmen oder ablehnen oder einen Vorschlag auf dessen Änderung machen. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, die Ablehnung, beziehungsweise seinen Änderungsvorschlag zu begründen. Die Änderung des Versicherungsvertrages bedarf keiner Zustimmung des Versicherten.

III.3 Der Versicherte kann nicht an die Stelle des Antragstellers treten.

III.4. Wenn der Versicherer über die den Vertrag betreffenden wesentlichen Umstände oder dessen Änderungen nach dem Vertragsabschluss informiert wird, und diese Umstände zum bedeutenden Anstieg der Versicherungsrisiken führen, kann sie von der Kenntnisnahme innerhalb von 15 Tagen einen Vorschlag über die Vertragsänderung machen oder sie kann den Vertrag schriftlich für 30 Tage kündigen. Wenn der Angebotsgeber nach Erhalt des Änderungsvorschlags innerhalb von 15 Tagen auf den Änderungsvorschlag dem Versicherer keine Antwort gibt, verändert sich der Vertrag nach dem Änderungsvorschlag nach der Bekanntgabe des Änderungsvorschlags am 30. Tag, falls der Versicherer den

Angebotsgeber bei der Angabe des Änderungsvorschlags aufmerksam gemacht hat. Wenn sich der Vertrag gleichzeitig auf mehrere Versicherte bezieht und der bedeutende Anstieg des Versicherungsrisikos von diesen nur mit einigen im Zusammenhang vorkommt, kann der Versicherer ihre in dem vorliegenden Punkt bestimmten Rechte bezüglich der anderen Versicherten nicht ausüben.

- III.5. Der Angebotsgeber ist verpflichtet, alle bei der Übernahme der Versicherung wesentlichen Umstände beim Vertragsabschluss dem Versicherer mitzuteilen, die er kennt oder hätte kennen sollen. Der Antragsteller erfüllt seine Mitteilungspflicht durch die der Wahrheit entsprechenden Antworten auf die von dem Versicherer schriftlich mitgeteilten Fragen. Wenn die Fragen nicht beantwortet werden, bedeutet es selbst nicht die Verletzung der Mitteilungspflicht.
- III.6. Der Antragsteller ist verpflichtet, die Änderung der wesentlichen Umstände dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.
- III.7. Die Mitteilungspflicht und die Pflicht zur Anmeldung der Änderung belastet sowohl den Angebotsgeber als auch den Versicherten; keiner von ihnen darf sich auf Umstände berufen, die jeder versäumt hat, dem Versicherer mitzuteilen, obwohl er darüber hätte wissen müssen und er wäre verpflichtet gewesen, es mitzuteilen oder anzumelden.

IV. Die Versicherungsprämie

- IV.1 Die Versicherungsprämie ist der Gegenwert der Versicherungsdeckung und der Antragsteller ist verpflichtet, diesen gleichzeitig mit der Antragstellung, bzw. im Falle von Eintritt eines neuen Versicherten gleichzeitig mit dem diesbezüglichen Vertragsänderung zu begleichen.
- IV.2 Die Versicherungsprämie ist auf jährlicher Basis, auf einmal fällig, die Höhe der Prämie ist nicht abhängig vom Zeitpunkt des Zustandekommens des Rechtsverhältnisses als Versicherter und dem des Deckungsbeginns. Die Pro-Kopf-Versicherungsprämie eines jeden Versicherten wird abhängig von dem gewählten Dienstleistungspaket am Szimba-Vegweiser angegeben.
- IV.3 Die vom Antragsteller vor dem Zustandekommen des Versicherungsvertrags an den Versicherer gezahlte Prämie (oder Prämienrate) zählt als Prämienvorschuss, der vom Versicherer zinsfrei zu verwalten ist. Kommt der Vertrag zustande, wird der Prämienzuschuss vom Versicherer in die Versicherungsprämie eingerechnet. Kommt der Vertrag nicht zustande, wird der Prämienzuschuss dem Antragsteller rückerstattet.
- IV.4 Die Prämie ist dem Versicherer für die am Namensverzeichnis der Versicherten angegebenen Versicherten zeitgleich mit der Antragstellung, für die dem bereits laufenden Vertrag beitretenden, an der Zusatzliste aufgelisteten Versicherten zeitgleich mit der Vertragsänderung auf einmal zu zahlen.
- IV. 5 Der Antragsteller kommt seiner Zahlungspflicht in dem Zeitpunkt nach, wenn die Versicherungsprämie auf dem Bankkonto des Versicherers gutgeschrieben wird.
- IV. 6 Der Vertreter des Versicherers – somit auch der Versicherungsagent – ist nur in dem Fall berechtigt, die Versicherungsprämie zu übernehmen, wenn die Zahlung mittels eines mit einem in der Druckerei hergestellten, mit einem Generali-Emblem versehenen Empfangsscheins (im Weiteren: Quittung) erfolgt. Die Höhe der Zahlungen auf dieser Weise wird vom Versicherer auf 250.000 HUF limitiert.
Bei Zahlungen, die 250.000 HUF überschreiten, soll die in der Druckerei hergestellte, mit einem Generali-Logo versehene Quittung mit der Bezeichnung „zum Empfang von SZIMBA-Prämien über 250.000 HUF“ genutzt werden.

V. Versicherungsereignisse, Versicherungsleistungen und Voraussetzung der Leistung des Versicherers

V.1 Versicherungsereignisse

Die Versicherungsereignisse aufgrund der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen und der dazu gehörenden Sonderbedingungen sind die in den Sonderbedingungen als solche festgestellten Ereignisse.

V.2 Leistung des Versicherers

V.2.1 Für den Eintritt des Versicherungsfalles verpflichtet sich der Versicherer, die im Namenverzeichnis aufgeführten, für den betreffenden Versicherten relevanten, in den Sonderbedingungen bestimmten Leistungen gemäß dem gewählten Versicherungspaket zu erfüllen.

V.2.2 Der Versicherer ist verpflichtet, aufgrund des Versicherungsvertrages die notwendigen und begründeten Kosten in den Bedingungen zu bezahlen.

V.2.3 Vom Versicherer wird die Leistungssumme per Post oder per Banküberweisung bezahlt.

V.3. Voraussetzungen der Leistung des Versicherers

V.3.1 Frist der Anmeldung des Versicherungsereignisses

V.3.1.1 Der Versicherungsfall ist innerhalb von 15 Tagen nach dem Eintritt beim Versicherer schriftlich anzumelden.

V.3.1.2 Falls diese Frist überschritten wird, die wichtigen Informationen zur Beurteilung des Anspruches dem Versicherer nicht mitgeteilt werden, oder die Kontrolle des Inhaltes der Information nicht ermöglicht wird, und dadurch wesentliche Umstände nicht festzustellen sind, **kann der Versicherer von der Leistung befreit werden.**

V.3.2 Fälligkeit der Leistung des Versicherers

V.3.2.1 Aufgrund des Versicherungsvertrages verpflichtet sich der Versicherer beim Eintritt des Versicherungsereignisses – im Falle einer begründeten Rechtsgrundlage –, die Leistung in den Sonderbedingungen zu bezahlen.

V.3.2.2 Der Versicherer ist verpflichtet, den bei ihr gemeldeten Leistungsanspruch **binnen 15 Tagen nach dem Eingehen aller zur Beurteilung notwendigen Dokumente zu bezahlen**, ausgenommen wird dies in den Sonderbedingungen anders geregelt.

V.3.2.3 In dem Fall, wenn die vom Versicherer verlangten Dokumente trotz Ersuchen nicht, oder mangelhaft vorgelegt werden, wird der Leistungsanspruch vom Versicherer aufgrund der ihr zur Verfügung stehenden Dokumente beurteilt.

V.3.3 Die Zur Beurteilung des Leistungsanspruches notwendigen Dokumente

Neben den in Sonderbedingungen aufgeführten Dokumenten ist der Versicherer bei Bedarf **berechtigt, zur Beurteilung des Leistungsantrags auch die Kopie folgender Dokumente** einholen zu lassen, die die Rechtsgrundlage des Leistungsantrags beweisen und/oder zur Feststellung der Betragsmäßigkeit des Antrags erforderlich sind:

V.3.3.1 falls bezüglich des Versicherungsfalles oder eines, die Grundlage des Versicherungsfalles bildenden Umstandes ein behördliches Verfahren eingeleitet wurde: Dokumente, die während des Verfahrens entstanden; Dokumente, die den Stoff des Verfahrens bilden; Beschluss am Ende des Verfahrens (besonders: Beschluss zur Einstellung des Verfahrens oder rechtskräftige Gerichtsentscheidung). Rechtskräftige Gerichtsentscheidung im Strafverfahren oder Ordnungswidrigkeitsverfahren nur in dem Falle, wenn dieser schon zum Zeitpunkt der Anmeldung des Leistungsantrags zur Verfügung stand.

V.3.3.2 Dokumente, die zur Klärung der näheren Umstände und der Folgen des Versicherungsfalles erforderlich sind (Erklärung des Versicherten und anderer betroffenen Personen über die Umstände des Versicherungsfalles, Kopie des Obduktionsprotokolls, Kopie des Führerscheins und des Fahrzeugbriefes, Kopie des durch den Arbeitsplatz, die Schule, das Verkehrsunternehmen aufgenommenen Unfallprotokolls, Kopie der gutachtlicher Stellungnahmen bezüglich des Unfalls/der Konsequenzen des Unfalls).

V.3.3.3 das durch den Versicherer zur Verfügung gestellte, und vom behandelnden Arzt bzw. behandelnden Gesundheitsdienstleister des Versicherten ausgefüllte Formular über die gesundheitlichen Daten bezüglich des Versicherungsfalles, des Gesundheitszustands des Versicherten bzw. der Anamnese des Versicherten.

V.3.3.4 gesundheitliche Dokumente des Versicherten bezüglich des Versicherungsfalles und der Anamnese: die Kopie der medizinischen Akten beim Hausarzt/Betriebsarzt, die während der ambulanten oder stationären Versorgung entstandenen Dokumente bzw. Dokumente zur Bestätigung der Medikamentenanwendung.

- V.3.3.5 durch die Sozialversicherungsbehörde oder eine andere Person/Organisation behandelte Dokumente, die die Daten des Versicherten bezüglich des Versicherungsfalles bzw. eines, die Grundlage des Versicherungsfalles bildenden Umstandes enthalten (anhand der Bevollmächtigung, die zur Befreiung des Berechtigten von der Schweigepflicht und zum Einholen der Daten erforderlich ist)
- V.3.3.6 Offizielles Dokument über das Geburtsdatum des/der Versicherten (Geburtsurkunde, Personalausweis, Passport, Führerschein)
- V.3.3.7 der Versicherer kann als Voraussetzung der Leistung medizinische Untersuchungen vorschreiben – in solchem Fall wird die Leistung durch den Versicherer nicht fällig, bis die medizinische Untersuchungen durchgeführt werden.
- V.3.3.8 der Versicherer kann ersuchen, dass die zu Kosten des Leistungsantragstellers fertig gestellte beglaubigte ungarische Übersetzung aller, zur Entscheidung bezüglich des Antrags erforderlichen fremdsprachigen Dokumente eingereicht wird.
- V.3.3.9 der Versicherer kann ersuchen, dass die originalen Exemplare der oben aufgezählten Dokumente bzw. diese auf jeglichen Datenträgern gespeichert eingereicht werden.
- V.3.3.10 der Versicherer kann die Kopie der Gründungsurkunde des Antragstellers verlangen.
- V.3.3.11 der Versicherer kann die Kopie der Kindergarten-oder Schulbesuchs-bestätigung des Versicherten, bzw. Bestätigung des Studentenrechts-verhältnisses (Kopie des Studenten-zeugnisses) verlangen.
- V.3.3.12 der Versicherer ist berechtigt, zur Beurteilung des Leistungsantrags auch weitere Dokumente einzuholen.

VI Leistungsbefreiung des Versicherers

- VI.1 Wenn der Antragsteller oder der/die Versicherte die Mitteilungs-, oder Änderungsmeldepflicht verletzt, besteht keine Leistungsverpflichtung des Versicherers, ausgenommen, wenn der Antragsteller beweist, dass einer dieser Umstände besteht:**
- a) der Versicherer kannte den verschwiegenen oder nicht angemeldeten Umstand beim Vertragsabschluss**
 - b) der verschwiegene oder nicht angemeldete Umstand hatte keine Wirkung auf den Eintritt des Versicherungsereignisses.**

Wenn sich der Vertrag für mehrere Versicherte bezieht, und die Verletzung der Mitteilungs-, oder Änderungsmeldepflicht nur mit Einzelnen auftaucht, kann sich der Versicherer auf die Verletzung der Mitteilungs-, oder Änderungsmeldepflicht hinsichtlich der anderen Versicherten nicht beziehen.

- VI.2 Der Versicherer ist von der Erfüllung der Leistungen befreit, wenn der Versicherte infolge vorsätzlichen Verhaltens des Begünstigten ums Leben gekommen ist; die Leistung des Versicherers steht in diesem Fall den Erben des/der Versicherten zu und der Begünstigte ist davon nicht beteiligt.**
- VI.3 Der Versicherer ist von der Erfüllung der Leistungen befreit, wenn er beweist, dass der Versicherte den Versicherungsfall rechtswidrig, vorsätzlich oder gesetzwidrig und grob fahrlässig verursacht hat.**

Der Versicherte geht insbesondere in folgenden Fällen grob fahrlässig vor:

- a) wenn der Versicherungsfall im Zusammenhang mit regelmäßigem Alkoholkonsum, Rauschgiftkonsum oder Anwendung von rauscherzeugenden Stoffen bzw. Medikamenten erfolgte – ausgenommen, wenn diese letzteren Mittel vom behandelnden Arzt verschrieben und vorschriftsmäßig angewendet wurden.**
- b) wenn der Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles bewiesenermaßen im alkoholisierten Zustand war, oder unter dem Einfluss von Rauschgift oder rauscherzeugenden Stoffen stand, und diese Tatsache zum Eintritt des Versicherungsfalles beigetragen hat. Wenn eine Blutalkoholuntersuchung durchgeführt wurde, ist eine Blutalkoholkonzentration über 1,5%, beim Fahren eines Kraftwagens eine Blutalkoholkonzentration über 0,8 als alkoholisierte Zustand zu beurteilen.**
- c) wenn der Versicherte einen Kraftwagen gefahren hat, der keinen gültigen Fahrzeugbrief hatte, oder zu dessen Fahren er keinen gültigen Führerschein hatte, und diese Tatsache zum Eintritt des Versicherungsfalles beigetragen hat.**

- d) wenn der Versicherungsfall in Kausalzusammenhang damit erfolgte, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mindestens gegen zwei verkehrspolizeiliche Vorschriften verstoßen hat.

VI.4 Der Versicherte ist verpflichtet, sich im Interesse der Schadenverhütung und Schadensminderung der gegebenen Situation entsprechend zu verhalten, und dementsprechend muss er sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, und den Anweisungen des behandelnden Arztes bis zum Ende des Heilverfahrens stetig nachkommen. Der Versicherer wird von der Leistungspflicht befreit, wenn er beweist, dass der Versicherte seiner dieser Verpflichtung nicht nachkam. Die Bestimmung beeinflusst nicht das Recht der freien Ärztwahl.

VII Von der Versicherung ausgeschlossene Fälle

VII.1 Die Versicherung deckt Versicherungsfälle nicht, die gänzlich oder teilweise

- a) auf ionisierende Strahlung,
- b) Nuklearenergie,
- c) HIV-Infektion,
- d) Krieg, Kampfhandlungen, gegnerische Handlungen einer fremden Macht, Putsch oder Putschversuch gegen die Regierung, Demonstrationen, Bürgerkrieg, Revolution Streik, Terrorakt, Ordnungsstörung am Arbeitsplatz, Grenzstreitigkeit, Aufstand zurückzuführen sind.

VII.1.1 In Hinsicht der Anwendung der vorliegenden allgemeinen Bedingungen gilt als Terrorakt insbesondere die auf Menschenleben, materielle oder immaterielle Güter gefährliche Handlung, die politischen, religiösen, ideologischen, ethnischen Zwecken dient, oder sich auf die Beeinflussung irgendeiner Regierung oder auf Furchterregung in der Gesellschaft richtet, oder dafür geeignet ist.

VII.1.2 Die Risikoübernahme des Versicherers erstreckt sich im Gegensatz zum Punkt d) im Absatz VII.1 auf die Beschädigungen des Gesundheitszustandes des Versicherten, die dem Versicherten während der aktiven Teilnahme an einer Demonstration oder einem Aufzug oder Streik, welche den ungarischen Rechtsregeln entsprechend organisiert und vorher angemeldet wurden, passieren, in dem Fall, wenn der Versicherte seiner Schadenverhütungs- und Schadensminderungspflicht nachkam.

VII.2 Die Risikoübernahme des Versicherers erstreckt sich nicht auf die Ereignisse, die im Zusammenhang mit folgenden Fällen passieren:

- a) Krankheit oder krankhafter Zustand des Versicherten, die/der schon vor dem Beginn der Risikoübernahme durch den Versicherer bewiesenermaßen vorgelegen hat, oder vor der Risikoübernahme diagnostiziert wurde, oder vor der Risikoübernahme Heilbehandlung verlangte, ausgenommen der/die Versicherte ohne Abbrechen über 24 Monate über eine Szimba Unfallversicherung verfügte (unter Kontinuität ist zu verstehen, dass sich die Risikoübernahme des Versicherers für den Versicherten vom Beginn des Vertragsabschlusses über 24 Monate an jedem Kalendertag erstreckte), und die Heilbehandlung erfordernde Krankheit, oder kranken Zustand zum ersten Mal während dieser Periode festgestellt wurde.
- b) dauerhafte Gesundheitsschädigung des Versicherten, die vor dem Beginn der Risikoübernahme durch den Versicherer festgestellt wurde.

VII.3 Die Versicherung deckt Versicherungsfälle nicht, die in Kausalzusammenhang mit folgenden Umständen erfolgen:

- a) folgende, vom Versicherten ausgeübte gefährliche Sporttätigkeiten: Tauchen mit Unterwasseratmergerät unter 40 m, einhändiges Segeln, Segeln auf Hochsee, Wildwasserrudern, Hydrospeed, Canyoning, Surfing, Bergsteigen und Felsenklettern ab Stufe V, Alpinexpedition, Höhlentour, Höhlenexpedition, Bungee Jumping, Auto- und Motorsport (z. B. Auto-Crash, Gokart, Motocross, Motorboot, Motorrad, Rally, Geschicklichkeitsrennen mit Kraftwagen), Quad, Privatflug, Sportflug, Flugsport (z. B. Flächenfallschirm, Luftschild, Gleitsegeln, Motorsegelflug, Gleitflug, Drachenflug und Ultraleicht-Flug, Heißluftballon, Fallschirmsprung, Segelflug, Kunstflug, Basissprung).
- b) der Versicherte nimmt teil an einem Wettkampf oder an der Vorbereitung auf einen Wettkampf, für den ein Land-, Wasser- oder Luftfahrzeug mit Motorantrieb erforderlich ist.
- c) Versicherungsfälle, die infolge eines, vom Versicherten begangenen schweren Verbrechens erfolgen.

VII.4 Die Versicherung deckt Versicherungsfälle nicht, die gänzlich oder teilweise auf folgende Ereignisse zurückzuführen sind:

- a) Krankenhausaufenthalte, deren Ziel nicht die Feststellung einer Krankheit des Versicherten, die Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Heilung des Versicherten ist, insbesondere Reihenuntersuchungen; Krankenhausaufenthalt eines Elternteiles wegen der Krankheit seines Kindes, Krankenhausaufenthalt des/der Versicherten wegen der Pflege eines Elternteils,**
- b) Rehabilitation/ Pflege von chronischen Krankheiten (insbesondere heil-pädagogische und logopädische Versorgung, Krankengymnastik, Physio-t-therapie, Badekur, Schlankheitskur), ausgenommen, wenn die Behandlung mit der Diagnose der chronischen Krankheit, der ersten Einstellung der Therapie, der Verhütung der akuten Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes zusammenhängt,**
- c) Behandlungen, die von einer Person durchgeführt wurden, die keinen medizinischen Abschluss und keine Zulassung für die Ausübung der Tätigkeit hat.**

VII.5 Die Versicherung deckt psychische Störungen und/oder psychiatrische Krankheiten, Selbstmord, Selbstmordversuch nicht.

VIII Sonstige Bestimmungen

VIII.1 Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist der Ansprüche, die aufgrund dieses Vertrages zur Geltung gebracht werden beträgt 2 Jahre.

Die Verjährungsfrist beginnt zu folgenden Zeitpunkten:

- a) Bei Versäumung der Anmeldung des Versicherungsereignisses - beim Eintritt des Versicherungsereignisses
- b) Im Falle der Meldung dem Versicherer – ab dem 15. Tag nach dem Eingehen des letzten Dokumentes beim Versicherer
- c) Im Falle der Meldung des Versicherungsereignisses, wenn die vom Versicherer beanspruchten Dokumente oder Informationen nicht vorgelegt werden – ab dem Tag nach dem Fristtag, wenn kein Fristtag festgelegt wurde, ab dem 30. Tag nach dem Datum des Briefes,
- d) In anderen Fällen an dem Tag der nächsten Fälligkeit.

VIII.2 Vorgehen beim Meinungsunterschied

Wenn der Kunde den Standpunkt des Versicherers – verbunden mit dem Leistungsanspruch – bezweifelt, kann er die Überprüfung der Entscheidung schriftlich verlangen. Die betroffene Abteilung des Versicherers ist verpflichtet, binnen 30 Tagen nach dem Eingehen aller Dokumente/Angabe, welche zur Beurteilung des Antrages notwendig sind, eine Entscheidung zu treffen und den Antragsteller zu informieren.

Begriffsbestimmungen

IX.1 Als **Verbraucher** gilt die natürliche Person, die außerhalb ihres Berufes, ihrer selbständiger Tätigkeit oder Geschäftstätigkeit handelt.

IX.2 Unfall und Verkehrsunfall

IX.2.1 In Hinsicht auf diese Allgemeinen Bedingungen wird unter **Unfall** eine plötzlich auftretende, einmalige, äußere, physische und/oder chemische Einwirkung verstanden, die während der Dauer der Risikoübernahme den Versicherten unabhängig von seinem Willen betrifft, und in deren Zusammenhang der Versicherte eine Gesundheitsschädigung erleidet bzw. die zum Tode des Versicherten führt.

IX.2.2 In Hinsicht auf diese Allgemeinen Bedingungen ist **darüber hinaus als Unfall** anzusehen:

- a) infolge eines Zeckenstiches auftretende Gehirnhautentzündung und/oder Gehirnentzündung, wenn die Krankheit mit serologischen Methoden nachgewiesen wurde, und die Krankheit frühestens 15 Tage nach dem Beginn der Risikoübernahme bzw. spätestens 15 Tage nach dem Ende der Risikoübernahme auftritt. Als Beginn der Krankheit ist der Tag anzusehen, an dem sich der Versicherte wegen der als Gehirnhautentzündung und/oder Gehirnentzündung diagnostisierten Krankheit zum ersten Mal an einen Arzt gewendet hat.
- b) Tollwut, wenn die Krankheit nachgewiesen wurde, und die Krankheit frühestens 60 Tage nach dem Beginn der Risikoübernahme bzw. spätestens 60 Tage nach dem Ende der Risikoübernahme auftritt. Als Beginn der Krankheit ist der Tag anzusehen, an dem sich der Versicherte wegen der als Tollwut diagnostisierten Krankheit zum ersten Mal an einen Arzt gewendet hat.
- c) Tetanusinfektion, wenn die Krankheit nachgewiesen wurde, und die Krankheit frühestens 20 Tage nach dem Beginn der Risikoübernahme bzw. spätestens 20 Tage nach dem Ende der Risikoübernahme auftritt. Als Beginn der Krankheit ist der Tag anzusehen, an dem sich der Versicherte wegen der als Tollwut diagnostisierten Krankheit zum ersten Mal an einen Arzt gewendet hat.

IX.2.3 In Hinsicht auf diese Allgemeinen Bedingungen ist **nicht als Unfall anzusehen**:

- a) wenn lebendige Krankheitserreger (Bakterien, Viren, Protozoen) aus einem tierlichen Organismus (Träger) in einen menschlichen Empfänger gelangen / übertragen werden (in Weiterem: Übertragung) auch in dem Fall, wenn die Übertragung durch eine unfallartige physische Ursache ausgelöst wird - ausgenommen, wenn es in den Sonderbedingungen davon abweichend verfügt wird.
- b) Selbstmord / Selbstmordversuch des Versicherten; ist auch in dem Fall nicht als Unfall anzusehen, wenn der Versicherte in getübtem Bewusstseinszustand war,
- c) pathologischer Knochenbruch,

- d) sich öfters wiederholende (habituelle) Verrenkung,
- e) Entstehung eines Bandscheibenvorfalles, ausgenommen wenn der Bandscheibenvorfall als Folge einer äußeren, direkten, einmaligen, extremen, mechanischen Einwirkung auf die sonst unversehrte Bandscheibe entsteht,
- f) Entstehung einer Bauchhernie, ausgenommen wenn die Bauchhernie als Folge einer äusseren, direkten, einmaligen, extremen, mechanischen Einwirkung auf die sonst unversehrte Bauchdecke entsteht,
- g) Beschädigung von Gelenkknorpeln, Gelenkbändern und weiteren Weichteilen, ausgenommen wenn die Beschädigung als Folge einer äußeren, direkten, einmaligen, extremen, mechanischen Einwirkung auf das sonst unversehrte Gelenk entsteht.

IX.2.4 In Hinsicht auf diese Allgemeinen Bedingungen ist als **Verkehrsunfall** ein Unfall des Versicherten anzusehen, falls der Versicherte als Fußgänger, Fahrer oder Passagier eines Fahrzeuges den Unfall erleidet.

IX.2.5 In Hinsicht auf diese Allgemeinen Bedingungen ist **nicht als Verkehrsunfall anzusehen**:

- a) ein Unfall des Versicherten als Fußgänger, wenn beim Unfall kein sich bewegendes Fahrzeug mitgewirkt hat,
- b) ein Unfall des Versicherten als Radfahrer, wenn beim Unfall kein anderes Fahrzeug oder Fußgänger mitgewirkt hat,
- c) ein Unfall des Versicherten als Passagier eines Fahrzeuges, wenn der Unfall nicht in Zusammenhang mit dem Fahren oder Anhalten des Fahrzeuges oder eines anderen Fahrzeuges erfolgte.

IX.3 Krankheit, Krankenhaus, Operation und Operationsliste

IX.3.1 In Hinsicht der vorliegenden Bedingungen ist die Krankheit ein gesundheitswidriger Zustand in der Tätigkeit des menschlichen Organismus.

IX.3.2 In Hinsicht auf diese Allgemeine Bedingungen ist als **Krankenhaus** eine Anstalt anzusehen, die von den Regulierungsbehörden anerkannt ist, zugelassene stationäre Versorgung leistet, und unter einer ständigen ärztlichen Leitung und Überwachung steht. In Hinsicht auf diese Allgemeine Bedingungen sind die folgenden Anstalten nicht als Krankenhaus anzusehen – auch in dem Fall nicht, wenn in diesen Anstalten stationäre Krankenversorgung geleistet wird: Sanatorien, Rehabilitationsinstitute, Heilbäder, Kurhäuser, Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke, geriatrische Pflegeanstalten, Sozialheime, Alkohol- und Drogenentzugsanstalt, Pflegeanstalten, andere „chronische“ stationäre Krankenversorgung leistende Anstalten bzw. Abteilungen/Unterabteilungen von Krankenhäusern, die die oben aufgeführten o.ä. Leistungen bieten – angenommen, dass der Versicherte an der gegebenen Abteilung eine Leistung in Anspruch genommen hat, die diesem Charakter der Abteilung entspricht.

IX.3.3 In Hinsicht auf diese Allgemeine Bedingungen sind ärztliche Eingriffe als **Operation** anzusehen, bei denen – unter Erhalten der ärztlichen Berufsregeln - die Kontinuität der äußeren Haut und/oder Schleimhaut mit dem Absicht verletzt wird, die Gesundheit zu bewahren, Krankheiten zu heilen bzw. die Folgen der Krankheiten zu vermindern.

IX.3.4 In Hinsicht auf diese Allgemeine Bedingungen wird unter der postweisen Liste „Eingruppierung der Operationen nach Vergütungskategorien“ - im Weiteren: **Operationsliste** - die Aufzählung verstanden, in der die ärztlichen Eingriffe mit einem internationalen Codesystem (WHO-Code) identifiziert sind. Die Operationsliste enthält auch die Eingruppierung der Operationen durch den Versicherer. Die Operationsliste ist an der Generaldirektion des Versicherers bzw. in den Kompetenzzentren für Personenversicherung des Versicherers erreichbar.

IX.3.5 In Hinsicht auf diese allgemeine Bedingungen wird unter der **auszugsweisen Liste** - im Weiteren: auszugsweise Liste - der Auszug der Operationsliste verstanden. Die auszugsweise Liste enthält – unter den in verschiedene Gruppen eingeteilten ärztlichen Eingriffen - die öfter vorkommenden, typischen Operationen und deren WHO-Codes zur Identifizierung der Eingriffe.

Die auszugsweise Liste dient dazu, das Prinzip zur Feststellung der Versicherungsleistung zu veranschaulichen. Im Falle einer Operation erfolgen die Identifizierung des Versicherungsfalles und die gemäß der Operationsliste zu erfolgende Eingruppierung des durchgeführten ärztlichen Eingriffes anhand des Gutachtens des Arztes des Versicherers.

Die Operationsliste ist – mangels abweichender Vereinbarung der Parteien – der integrante Teil der anhand dieser Allgemeinen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungsverträge.

Im Falle einer Operation erfolgt die Identifizierung des Versicherungsfalles und die gemäß der Operationsliste zu erfolgende Eingruppierung des durchgeführten ärztlichen Eingriffes im Kompetenzbereich des Arztes des Versicherers. Grundlegendes Dokument zur Eingruppierung ist die Operationsliste.

Falls eine durchgeführte Operation in der Operationsliste fehlt, stellt der Arzt des Versicherers die Eingruppierung dieser Operation fest.

IX.4 Nahe Angehörige

In Hinsicht auf diese allgemeine Bedingungen sind folgende Angehörige als **nahe Angehörige** anzusehen: Ehepartner, registrierter Lebenspartner, Verwandte in gerader Linie, Adoptivkind, Stiefkind, Pflegekind, Adoptiveltern, Stiefeltern und Pflegeeltern bzw. Geschwister.

IX.5 Gesellschaftsorganisation

In Hinsicht dieser Bedingung gilt als **Gesellschaftsorganisation**: eine Stiftung, eine öffentliche Stiftung, sowie ein Verein.

X. Vom Bürgerlichen Gesetzbuch wesentlich abweichende Bestimmungen

Dieser Abschnitt beinhaltet zusammenfassend die Bestimmungen der allgemeinen Bedingungen für „Szimba Unfallversicherung für Schüler“, die von den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) wesentlich abweichen.

X.1. Vom BGB wesentlich abweichende Bestimmungen der vorliegenden allgemeinen Bedingungen

X.1.1 Aufgrund von Artikel II. 1.4 der vorliegenden Bedingungen – abweichend von §6:479 Abs. 1 BGB – bedarf die Gültigkeit des Vertrags bezüglich minderjährige Versicherte **nicht der Zustimmung der Vormundschaftsbehörde.**

X.1.2 Aufgrund von Artikel II. 2.1 der vorliegenden Bedingungen – abweichend von §6:443 Abs. 1 BGB – kommt der Versicherungsvertrag aufgrund **einer schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Antragsteller und dem Versicherer zustande, die vom Antragsteller mit einem Versicherungsantrag angeregt wird.**

X.1.3 Aufgrund von Artikel II. 2.3 der vorliegenden Bedingungen – abweichend von §6:443 Abs. 2 BGB – besteht die Möglichkeit für den Antragsteller gegen die mit einem vom Antrag abweichenden Inhalt ausgefertigte Polizze **unverzüglich nach Erhalt oder spätestens innerhalb von 15 Tagen** Einwand zu erheben.

X.1.4 Aufgrund von Artikel III.2 der vorliegenden Bedingungen – abweichend von §6:475 BGB – bedarf die Änderung des Versicherungsvertrags nicht einer Zustimmung des Versicherten.

X.1.5 Aufgrund von Artikel III.4 der vorliegenden Bedingungen – abweichend von §6:446 Abs. 2 BGB – **reagiert der Antragsteller innerhalb von 15 Tagen nach Empfang des Änderungsvorschlags nicht darauf**, wird die Änderung des Vertrags gemäß dem Inhalt des Änderungsvorschlags am 30. Tag nach der Mitteilung wirksam, vorausgesetzt, dass der Versicherer den Antragsteller auf diesen Umstand an dem Zeitpunkt der Antragstellung verwiesen hat.

X.1.6 Bestimmungen von Artikel VIII.1 der vorliegenden Bedingungen bezüglich Verjährung weichen von den Bestimmungen laut §6:22 Abs. 1 BGB ab in denen eine allgemeine Verjährungsfrist von fünf Jahren festgelegt ist. Die aufgrund dieses Vertrags erhobenen Ansprüche **verjähren nach zwei Jahren.**

Besondere Bedingungen der Versicherung bezüglich des Knochenbruchs (CSO13)

Die besonderen Bedingungen für die vorliegende Versicherung bezüglich des **Knochenbruchs** (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (**TANF15**) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (**TANF15**) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

I. Versicherungsfall

Als Versicherungsfall gilt der Unfall des Versicherten, infolge dessen er einen Knochenbruch oder Knochenriss erleidet. In Hinsicht dieser Bedingungen **gilt der Zahnbruch nicht als Knochenbruch**. Der Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles ist der Zeitpunkt des Unfalls.

II. Leistung des Versicherers

II.1 Vom Versicherer wird im Falle des Eintritts des Versicherungsfalles - pro Unfall unabhängig von der Anzahl der Brüche – als Einmalzahlung die im Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des Versicherungsereignisses aktuelle Versicherungssumme ausbezahlt.

II.2 Der Versicherer behält sich das Recht, den Gesundheitszustand des Versicherten von den vom Versicherer genannten Ärzten kontrollieren zu lassen.

III. Voraussetzungen der Leistungserfüllung des Versicherers

(1) Beim Einreichen des Leistungsantrags sind die Dokumente, die die Rechtsgrundlage des Leistungsantrags beweisen, und zur Feststellung der Betragsmäßigkeit des Leistungsantrags erforderlich dem Versicherer einzureichen:

- a) völlig ausgefülltes Formular zum Einreichen des Leistungsantrags,
- b) Kopie der bei der ersten ärztlichen Versorgung ausgestellten Dokumente,
- c) Kopie der den Knochenbruch beweisenden Röntgenaufnahme oder eines ärztlichen Dokumentes,
- d) Dokumente, die zur Klärung der näheren Umstände des Unfalls erforderlich sind,
- e) Kopie des Unfallprotokolls, falls eines aufgenommen wurde,
- f) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Polizeiprotokolls,
- g) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Ergebnisses der Blutalkoholuntersuchung, falls eine solche Untersuchung durchgeführt wurde,
- h) Kopie des Führerscheins und des Fahrzeugbriefes, falls der Versicherte in einem Verkehrsunfall als Fahrer des Fahrzeuges verletzt wurde,

III.2 Darüber hinaus kann der Versicherer weitere, zur Beurteilung des Leistungsantrags erforderliche – im Punkt V.3 der Allgemeinen Bedingungen aufgezählte - Dokumente und Erklärungen einholen lassen oder einholen.

III.3 Wenn vom Versicherer eine ärztliche Untersuchung als Voraussetzung der Leistungserfüllung vorgeschrieben wird, ist der Versicherer berechtigt, die Erfüllung der Leistung abzulehnen, solange der Versicherte der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zustimmte.

Besondere Bedingungen der Versicherung bezüglich der Operationskosten durch Unfall (BMÜT15)

Die besonderen Bedingungen für die vorliegende Operationskostenversicherung (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

I Versicherungsfall

- (1) Als Versicherungsfall gilt der Unfall des Versicherten, infolge dessen der Versicherte operiert wird.
- (2) Der Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls ist der Zeitpunkt des Unfalls.

II Leistung des Versicherers

- (1) Vom Versicherer wird **eine Leistung für Operationen, die wegen der Folgen des Unfalls notwendig sind**, innerhalb von 2 (zwei) Jahren nach dem Tag des Unfalls geleistet.
- (2) Die Leistung des Versicherers ist der **der Einreihung der Operation entsprechende verhältnismäßige Anteil der Versicherungssumme** in der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls gültigen Police.
- (3) Vom Versicherer werden folgende Leistungen übernommen:
 - im Falle von Operationen, die in die Gruppe 1 gehören 200% der Versicherungssumme,
 - im Falle von Operationen, die in die Gruppe 2 gehören 100% der Versicherungssumme,
 - im Falle von Operationen, die in die Gruppe 3 gehören 50% der Versicherungssumme,
 - im Falle von Operationen, die in die Gruppe 4 gehören 25% der Versicherungssumme
 - in die Gruppe 5 gehörende Operationen gelten als nicht gedeckte Operationen. In dem Fall, wenn in die Gruppe 5 eingereichte Operationen durchgeführt werden, wird vom Versicherer keine Leistung erfüllt.
- (4) Die Operationsliste kann in der Generaldirektion des Versicherers, bzw. beim Personenversicherungs-Kompetenzcenter bei Bedarf angeschaut werden.
- (5) Sind bei einer Operation mehrere chirurgische Eingriffe notwendig, wird die Höhe der Leistung von dem in die höchste Leistungsklasse eingereichten Eingriff bestimmt.
- (6) Die ausgezogene Liste der Operationen ist im Anhang dieser Bedingungen zu finden.
- (7) Ist der durchgeführte chirurgische Eingriff in der Operationsliste nicht zu finden, wird die Operation vom Arzt des Versicherers eingereicht.
- (8) Der Versicherer behält sich das Recht, die Begründung der Operation beim Versicherten und den Gesundheitszustand des Versicherten von den vom Versicherer genannten Ärzten kontrollieren zu lassen.

III Voraussetzungen der Leistungserfüllung des Versicherers

- (1) Der Leistungsanspruch ist innerhalb von 15 Tagen nach der Beendigung der krankenhäuslichen Versorgung dem Versicherer schriftlich zu melden.
- (2) Beim Einreichen des Leistungsantrags bezüglich der Operationskostenerstattung durch Unfall sind die Dokumente, die die Rechtsgrundlage des Leistungsantrags beweisen, und zur Feststellung der Betragsmäßigkeit des Leistungsantrags erforderlich dem Versicherer einzureichen:

- a) völlig ausgefülltes Formular zum Einreichen des Leistungsantrags,
- b) Kopie der bei der ersten ärztlichen Versorgung ausgestellten Dokumente,
- c) Abschlussbericht des Krankenhauses,
- d) die Beschreibung der Operation mit WHO Kode
- e) Dokumente zur Klärung der Umstände des Unfalls,
- f) Kopie des Unfallprotokolls, falls eines aufgenommen wurde,
- g) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Polizeiprotokolls,
- h) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Ergebnisses der Blutalkoholuntersuchung, falls eine solche Untersuchung durchgeführt wurde,
- i) Kopie des Führerscheins und des Fahrzeugbriefes, falls der Versicherte in einem Verkehrsunfall als Fahrer des Fahrzeuges verletzt wurde,

III.3 Darüber hinaus kann der Versicherer weitere, zur Beurteilung des Leistungsantrags erforderliche – im Punkt V.3 der Allgemeinen Bedingungen aufgezählte - Dokumente und Erklärungen einholen lassen oder einholen.

III.4 Wenn vom Versicherer eine ärztliche Untersuchung als Voraussetzung der Leistungserfüllung vorgeschrieben wird, ist der Versicherer berechtigt, die Erfüllung der Leistung abzulehnen, solange der Versicherte der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zustimmte.

III.5 Risikoausschlüsse

Die Risikoübernahme des Versicherers erstreckt sich nicht auf Operationen, die nicht für die Bewahrung der Gesundheit, Heilung der Krankheit, bzw. Milderung deren Folgen des Versicherten durchgeführt wurden, so insbesondere für ästhetische und kosmetische Eingriffe.

Anlage zu den besonderen Bedingungen für die Operationskostenrückerstattungs-Versicherung bei Unfällen (BMÜT15)

Zusammenfassende Liste der Operationseingriffe:

a) Gruppe 1 - 200% der Versicherungssumme im Falle einer Operation

OPS- Kode	Benennung der Operation
50119	Entfernung vom Hämatom im Gehirn
50201	Versorgung einer Hirnschädelverletzung
50340	Wirbelsäulenbruch - Herausheben eines Knochenstücks aus dem Spinalkanal
5814L	Einsetzen einer Knieprothese
58151	totale Hüftprothese
53240	Pneumonektomie
53340	Lungentransplantation
53522	Ersatz durch eine mechanische Herzklappenprothese
53531	Rekonstruktion der Mitralklappe

b) Gruppe 2 - 100% der Versicherungssumme im Falle einer Operation

OPS- Kode	Benennung der Operation
51510	Entfernung metallischer Fremdkörper aus dem Auge mit Magneten
58145	Entnahme des knackenden Kniegelenks - Knochenersatz
53611	Bypass-Operationen
53502	Minimal-invasive Chirurgie der Mitralklappe
5382L	Ausschluss eines Bauchaortenaneurysmas
53836	Aderersetzung
51358	Entfernung der Regenbogenhaut
51570	Austausch des Glaskörpers
53163	Konstruktion eines künstlichen Kehlkopfes

c) Gruppe 3 - 50% der Versicherungssumme im Falle einer Operation

OPS- Kode	Benennung der Operation
54130	Milzentfernung
57902	Schenkelhalsnagelung
57922	Knochenbefestigung
57924	Schrauben
58480	Schenkelamputation
50630	Entfernung der Schilddrüse
51150	Bindehautnaht

d) Gruppe 4 - 25% der Versicherungssumme im Falle einer Operation

OPS- Kode	Benennung der Operation
51470	Einsetzung einer Augenlinse
51950	Trommelfellplastik
57900	geschlossene Reposition von Brüchen mit Osteosynthese durch Draht
57723	Versorgung von Gesichtsknochenbrüchen
57903	Schenkelhalsverschraubung
58130	Naht eines vorderen Kreuzbandes

e) Gruppe 5 – die hier gehörenden Operationen werden vom Versicherer nicht ersetzt.

OPS- Kode	Benennung der Operation
52100	Versorgung von Nasenbluten
52310	chirurgische Zahnentfernungen
57880	Entfernung von Metallimplantaten (Nägel, Platten usw.)
58900	Hautnaht
58830	Reinigung der Wunde, Resektion (Veränderungen der Haut oder des Bindegewebe)
82032	geschlossene Reposition von Handgelenkbruch
82090	geschlossene Reposition von Verrenkungen
83304	Entfernung der äußeren Fixierung
84712	Drahtzug am Oberschenkel

Besondere Bedingungen der Versicherung bezüglich des Unfallspitaltagesgeldes (BKNT15)

Die besonderen Bedingungen für die vorliegende **Unfallspitalgeldversicherung** (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

1. Versicherungsfall

- (1) Als Versicherungsfall gilt der Unfall, den der Versicherte erleidet und infolge dessen er sich kontinuierlich im Krankenhaus liegt, wenn dies aus ärztlichen Gründen erforderlich ist.
- (2) In Hinsicht dieser Versicherung erhält die Person eine stationäre Krankenhauspflege, der ins Krankenhaus für mehrere Tage aufgenommen wegen ärztlicher Versorgung wird, so dass diese Person zwischen dem Tag der Aufnahme und der Entlassung jede Nacht im Krankenhaus im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung verbringt. Im Falle der stationären Krankenversorgung ist in Hinsicht der Leistung des Versicherers der erste Tag der krankenhäuslicher Versorgung der Tag der Aufnahme und der letzte Tag der Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus.
- (3) Als Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles ist der Zeitpunkt des Unfalls.

2. Leistung des Versicherers

- (1) Vom Versicherer wird **eine Leistung für eine stationäre krankenhäusliche Versorgung für Behebung von Folgen eines Unfalles** innerhalb von 1 (einem) Jahren nach dem Unfall erfüllt.
- (2) Vom Versicherer wird für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes die im zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültigen Versicherungsvertrag festgesetzte Versicherungssumme ausbezahlt.
- (3) Der Versicherer behält sich das Recht, die Begründung der Kurbehandlung und den Gesundheitszustand des Versicherten von den vom Versicherer genannten Ärzten kontrollieren zu lassen.

3. Voraussetzungen der Leistungserfüllung des Versicherers

- (1) Dem Versicherer soll die krankenhäusliche Behandlung innerhalb von 15 Tagen nach ihrer Beendigung gemeldet werden.
- (2) Beim Einreichen des Leistungsantrags bezüglich der Unfallspitalgeldleistung sind die Dokumente, die die Rechtsgrundlage des Leistungsantrags beweisen, und zur Feststellung der Betragsmäßigkeit des Leistungsantrags erforderlich dem Versicherer einzureichen:
 - a) völlig ausgefülltes Formular zum Einreichen des Leistungsantrags,
 - b) Kopie der bei der ersten ärztlichen Versorgung ausgestellten Dokumente,
 - c) Abschlussbericht des Krankenhauses,
 - d) Kopie des Unfallprotokolls, falls eines aufgenommen wurde,
 - e) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Polizeiprotokolls,
 - f) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Ergebnisses der Blutalkoholuntersuchung, falls eine solche Untersuchung durchgeführt wurde,
 - g) Kopie des Führerscheins und des Fahrzeugbriefes, falls der Versicherte in einem Verkehrsunfall als Fahrer des Fahrzeuges verletzt wurde.
- (3) Darüber hinaus kann der Versicherer weitere, zur Beurteilung des Leistungsantrags erforderliche – im Punkt V.3 der Allgemeinen Bedingungen aufgezählte - Dokumente und Erklärungen einholen lassen oder einholen.
- (4) Wenn vom Versicherer eine ärztliche Untersuchung als Voraussetzung der Leistungserfüllung vorgeschrieben wird, ist der Versicherer berechtigt, die Erfüllung der Leistung abzulehnen, solange der Versicherte der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zustimmte.

III.4 Die Risikoübernahme des Versicherers erstreckt sich auf die Ereignisse während der Dauer der Risikoübernahme nicht, wenn

- a) der Versicherungsfall im Zusammenhang mit regelmäßigem Alkoholkonsum des Versicherten erfolgte,
-

- b) der Versicherungsfall im Zusammenhang mit Rauschgiftkonsum oder Anwendung von rauscherzeugenden Stoffen bzw. Medikamenten erfolgte – ausgenommen, wenn diese letzteren Mittel vom behandelnden Arzt verschrieben und vorschriftsmäßig angewendet wurden.
 - c) wenn der Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles im alkoholisierten Zustand war, oder unter dem Einfluss von Rauschgift oder rauscherzeugenden Stoffen stand, und diese Tatsache zum Eintritt des Versicherungsfalles beigetragen hat. Wenn eine Blutalkoholuntersuchung durchgeführt wurde, ist eine Blutalkoholkonzentration über 1,5%, beim Fahren eines Kraftwagens eine Blutalkoholkonzentration über 0,8 als alkoholisierten Zustand zu beurteilen.
 - d) wenn der Versicherte einen Kraftwagen gefahren hat, der keinen gültigen Fahrzeugbrief hatte, oder zu dessen Fahren er keinen gültigen Führerschein hatte, und diese Tatsache zum Eintritt des Versicherungsfalles beigetragen hat.
 - e) wenn der Versicherungsfall in Kausalzusammenhang damit erfolgte, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mindestens gegen zwei verkehrspolizeiliche Vorschriften verstoßen hat.
 - f) Krankenhausaufenthalt wegen ästhetischer Behandlung und chirurgischen Eingriffs,
 - f) Rehabilitation/ Pflege von chronischen Krankheiten (insbesondere heilpädagogische und logopädische Versorgung, Krankengymnastik, Physio- und Physiotherapie, Massage, Badekur, Schlankheitskur),
 - g) Behandlungen, die von einer Person durchgeführt wurden, die keinen medizinischen Abschluss und keine Zulassung für die Ausübung der Tätigkeit hat,
 - h) psychische Störungen und Krankheiten und oder psychiatrische Krankheiten, Selbstmordversuche
 - i) für den Versicherungsfall, der im Zusammenhang mit dem Alkohol- oder Medikamentkonsum erfolgte, ausgenommen, wenn die Medikamente auf die Vorschrift des behandelnden Arztes vorschriftsmäßig genommen wurden.
-

Besondere Bedingungen für die Unfalltagegeld-Versicherung (BKTS15)

Die besonderen Bedingungen für die vorliegende **Unfalltagegeldversicherung** (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

1. Versicherungsfall

I.1 Versicherungsfall ist der Unfall, der dem Versicherten passiert und als dessen Folge dem Versicherer folgende mit dem Unfall zusammenhängende – **mit in Ungarn ausgestellten Rechnungen belegte - Unfallkosten entstehen:**

- a) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Unfallfolgen werden während des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten die **Unterkunftskosten für einen volljährigen nahen Angehörigen des Versicherten** (TANF15, Punkt IX.4) gleichzeitig mit dem Versicherten im gleichen Krankenhaus erstattet. Der erste Tag der Unterkunftskosten ist der erste Tag des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten und des nahen Verwandten, der letzte Tag der Unterkunftskosten ist der Tag der Entlassung des Versicherten und des nahen Verwandten aus dem Krankenhaus.
 - b) **Bergungskosten**, die notwendig werden, wenn der Versicherte einen Unfall erlitten und deswegen verletzt geborgen werden muss oder wenn der Versicherte durch einen Unfall den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.
 - c) **Transportkosten**, die dann entstehen, wenn der unfallerleidende Versicherte vom Unfallort zur nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt bzw. zum Arzt oder vom Ort der ersten ärztlichen Behandlung auf Empfehlung des Arztes nach Hause transportiert wird oder wenn der Versicherte beim Unfall stirbt und sein Leichnam vom Unfallort befördert wird. Kein Versicherungsschutz besteht für Kosten der Transporte zu Untersuchungen oder Behandlungen nach dem Unfall. Als Transportkosten können – ausgenommen im Todesfall - die Benzinkosten des Fahrzeuges für die gegebene Fahrt (gemäß der jeweils rechtswirksamen Verordnung der Steuerbehörde) oder die mit Rechnung belegten Kosten des Krankentransports zu definieren.
 - d) **die wegen eines Unfalls notwendigen Reparaturkosten verletzter Zähne, Kronen oder Zahnbrücken**, wenn die Verletzung bestätigt Folge des Unfalls ist und der Eingriff zur Wiederherstellung der Kaufunktion dient, sofern die Behandlung wegen der kombinierten Verletzung mindestens zweier nebeneinander liegender auf der gleichen Seite stehender Zähne erfolgt, die durch eine zahnmedizinische Röntgenaufnahme bestätigt ist. Kein Versicherungsschutz besteht für Zahnfüllungskosten, für ästhetische Zahnbehandlungen oder für die Reparatur- bzw. Austauschkosten des herausnehmbaren Zahnersatzes oder der Zahnspange des Versicherten. Kein Versicherungsschutz besteht für Kosten, die infolge eines schon vor dem Unfall aufgetretenen Schadens eines in den obigen Absätzen genannten Gegenstandes entstehen. Keinesfalls besteht Versicherungsschutz für Kieferorthopädie, sogar wenn der Eingriff zur Wiederherstellung der Kaufunktion dient.
 - e) die Anschaffungskosten solcher im aktuellen offiziellen Verzeichnis der **medizinischen Hilfsmittel** (<http://www.oep.hu>) aufgeführten Produkte, die zur Behandlung erforderlich und in medizinisch angemessenen Mengen zu beschaffen sind. Kein Versicherungsschutz besteht für die Anschaffungskosten von medizinischen Hilfsmitteln, wenn kein unmittelbarer kausaler Zusammenhang mit dem Unfall besteht (wenn z. B. das schon vorhandene medizinische Hilfsmittel wegen Diebstahls, einer Fehlfunktion oder Qualitätserhöhung neu angeschafft wird). Die Notwendigkeit der Benutzung eines medizinischen Hilfsmittels kann vom Versicherungsarzt anders eingeschätzt werden.
 - f) **die Anschaffungskosten von Brillen (Kontaktlinsen) werden vom Versicherer nur erstattet, wenn dies auf augenärztliche Empfehlung und aufgrund der Unfalldokumentation als Folge des Unfalls notwendig wurde.** Die Kosten vom Tausch einer vorhandenen Brille (Kontaktlinse) wegen Verletzung werden vom Versicherer nicht erstattet.
- (2) Kein Versicherungsschutz besteht für Reise-, bzw. Aufenthaltskosten bezüglich Urlaub oder Rehabilitationskuren in Sanatorien oder Heilbädern.
 - (3) Zeitpunkt des Eintritts eines Versicherungsfalls ist der Zeitpunkt des Unfalls.

2. Versicherungsleistung

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls erstattet der Versicherer die im Punkt 1 der vorliegenden Bedingungen bestimmten Kosten des Unfalls in Höhe der im zum Zeitpunkt des Todesfalls wirksamen Versicherungsvertrag festgesetzten Versicherungssumme erstattet, sofern diese innerhalb von 1 (ein) Jahr nach dem Unfall entstehen, und auf andere Art und Weise nicht erstattet werden.

3. Leistungsvoraussetzungen des Versicherers

- (1) Der Versicherungsanspruch muss dem Versicherer innerhalb von 15 Tagen nach Rechnungsdatum gemeldet werden.
 - (2) Bei der Anmeldung der Leistungsansprüche wegen Unfalltagegeld sind beim Versicherer die Dokumente einzureichen, die den Rechtsgrund für das Bestehen des Leistungsanspruchs belegen und zur Beurteilung der Höhe des Leistungsanspruchs notwendig sind:
 - a) vollständig ausgefüllter Leistungsantrag,
 - b) Kopie aller ärztlichen Dokumente verbunden mit dem Versicherungsfall, vom Unfall weg bis zur Meldung des Leistungsanspruches,
 - c) auf den Namen des Versicherten ausgestellte originale Rechnungen, die die Auszahlungen bestätigen – der Versicherer nimmt keine Belege oder Quittungen an,
 - d) die zur Abklärung der näheren Unfallumstände notwendigen Unterlagen,
 - e) Kopie des Unfallprotokolls, falls eines geführt wurde,
 - f) bei einem Verkehrsunfall die Kopie des Polizeiprotokolls,
 - g) bei einem Verkehrsunfall die Kopie der Ergebnisse vom Blutalkohol-Test, falls einer durchgeführt wurde,
 - h) wenn der Versicherte als Fahrer des Fahrzeugs verletzt wurde – Kopien des Führerscheins und Zulassungsschein des Fahrzeuges,
 - i) bei Transportkosten (mit eigenem PKW) – Kopie des Zulassungsscheines des Fahrzeuges
 - (3) Außer den oben genannten Unterlagen kann der Versicherer weitere – im Punkt V.3 der allgemeinen Bedingungen aufgeführte - zur Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendige Bescheinigungen bzw. Erklärungen verlangen oder beschaffen.
-

Sonderbedingungen von Versicherungen für spezielle Unfälle (SPECBAL15)

Die Sonderbedingungen der vorliegenden Versicherung für **spezielle Unfälle** (im Weiteren: Sonderbedingungen) sind **mit den allgemeinen Bedingungen der Schüler-Unfallversicherung Szimba (TANF15)** von Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: Versicherung) zusammen geltend, gesetzt den Fall, dass der Vertrag in Bezug auf die vorliegenden Bedingungen abgeschlossen wurde.

Bei den nicht geregelten Fragen der vorliegenden Bedingungen sind **die allgemeinen Bedingungen der Schüler-Unfallversicherung Szimba (TANF15)** normativ. Bei den Verträgen sollen sonstig die Verordnungen des Ungarischen Zivilgesetzbuches sowie die sonstigen geltenden ungarischen Rechtsvorschriften angemessen angewendet werden.

I. VERSICHERUNGSEREIGNIS

- 1.1. Das Versicherungsereignis ist für den Versicherungsnehmer der in der vorliegenden Sonderbedingung bestimmte **Unfall**.

 - 1.2. Bezüglich der vorliegenden Sonderbedingung erweist sich als **Unfall**:
Tierbeißen,

Stromanschlag

Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung durch Zeckenstich, Lyme-Krankheit.

 - 1.3. Definitionen von Versicherungsereignissen, Zeitpunkt der Versicherungsereignisse:
 - 1.3.1. Bezüglich der vorliegenden Sonderbedingung erweist sich als **Tierbeißen** das Beißen durch Wirbeltier während der Risikoübernahme, infolge dessen die Kontinuität der Haut abgebrochen wird, und wegen dessen auch Naht, Drainieren, oder Ausscheidung der beschädigten Fläche notwendig sind.
Zeitpunkt des Versicherungsereignisses: Zeitpunkt des Tierbeißen.

 - 1.3.2. Bezüglich der vorliegenden Sonderbedingung erweist sich als **Stromanschlag** der Stromanschlag während der Risikoübernahme, infolge dessen sofortig eine Patientenversorgung im Krankenhaus notwendig ist, und der Aufenthalt im Krankenhaus übersteigt die 24 Stunden.
Zeitpunkt des Versicherungsereignisses: Zeitpunkt des Stromanschlags.

 - 1.3.3. Bezüglich der vorliegenden Sonderbedingung erweist sich als **Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung durch Zeckenstich**, wenn die Krankheit durch serologische Methode bestätigt wurde und sie kommt am frühesten 15 Tage nach Beginn der Risikoübernahme, am spätestens 15 Tage nach dem Ende der Risikoübernahme vor.
Zeitpunkt des Versicherungsereignisses: der Tag, an dem man wegen dem Vorkommen der diagnostizierten Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung erstmals zum Arzt gegangen ist.

 - 1.3.4. Bezüglich der vorliegenden Sonderbedingung erweist sich als **Lyme-Krankheit durch Zeckenstich**, wenn die Krankheit durch serologische Methode bestätigt wurde und die für die Krankheit typische Hautänderung kommen am frühestens 2 Tage nach Beginn der Risikoübernahme, am spätestens 15 Tage nach Ende der Risikoübernahme vor. In den Fällen ohne die typischen Hautsymptome gibt es keine Beschränkung auf den spätesten Zeitpunkt der Latenzzeit, aber der Zeitpunkt des serologischen Ergebnisses darf nicht auf einen späteren Zeitpunkt fallen, als der letzte Tag der Risikoübernahme.
Zeitpunkt des Versicherungsereignisses: der Tag, an dem wegen dem Erscheinen der nachträglich diagnostizierten Lyme-Krankheit die serologische Untersuchung zum Nachweis der Lyme-Krankheit angeordnet wurde.
-

II. LEISTUNG DER VERSICHERUNG

- II.1. Im Fall des Versicherungsereignisses erstattet die Versicherung den aktuellen Versicherungsbetrag für den gegebenen Versicherungsnehmer nach dem Leistungspaket zum Zeitpunkt des Versicherungsereignisses, das für das Versicherungsrisiko nach den vorliegenden Sonderbedingungen bestimmt ist.
- II.2. Die Versicherung erfüllt die Leistung nach dem vorliegenden Risiko innerhalb eines Versicherungsjahres für denselben Versicherungsnehmer mindestens einmal.

III. BEDINGUNGEN DER ERFÜLLUNG DER VERSICHERUNG

- III.1. Der Leistungsanspruch soll der Versicherung nach dem Versicherungsereignis innerhalb von 15 Tagen schriftlich eingereicht werden.
 - III.2. Beim Einreichen des Leistungsanspruches **eines speziellen Unfalls** sollen der Versicherung die Dokumente vorgelegt werden, die das Vorhandensein der Rechtsgrundlage des Leistungsanspruches beweisen und die zur Feststellung des Versicherungsbetrags des Leistungsanspruches notwendig sind:
 - a) vollständig ausgefülltes Leistungsantragsformular,
 - b) **beim Tierbeißen** Kopien aller ärztlichen Dokumente von der ersten ärztlichen Versorgung bis zur Anmeldung des Leistungsanspruches,
 - c) **beim Stromanschlag** Kopien aller ärztlichen Dokumente von der ersten ärztlichen Versorgung bis zur Anmeldung des Leistungsanspruches,
 - d) **bei Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung durch Zeckenstich** die Kopie der serologischen Untersuchung sowie Kopien aller ärztlichen Dokumente von der ersten Versorgung bis zur Anmeldung des Leistungsanspruches,
 - e) **bei Lyme-Krankheit durch Zeckenstich** das Ergebnis der serologischen Untersuchung sowie auch die ärztlichen Dokumente der serologischen Untersuchung zum Nachweis der Lyme-Krankheit.
 - III.3. Außer des oben erwähnten kann die Versicherung auch weitere Bescheinigungen, Erklärungen, die zur Bewertung des Leistungsanspruches notwendig sind – aufgelistet im Punkt V.3. Allgemeine Bedingungen – fordern beziehungsweise beschaffen.
 - III.4. Wenn die Versicherung als Bedingung der Erfüllung des Leistungsanspruches ärztliche Untersuchung vorschreibt, ist die Versicherung berechtigt, die Erfüllung des Leistungsanspruches so lange abzulehnen, bis der Versicherungsnehmer der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zugestimmt hat.
-

Sonderbedingungen von Versicherungen für Infektionskrankheiten (FERTŐZŐ15)

Die Sonderbedingungen der vorliegenden Versicherung für **Infektionskrankheiten** (im Weiteren: Sonderbedingungen) **sind mit den allgemeinen Bedingungen der Schüler-Unfallversicherung Szimba (TANF15)** von Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: Versicherung) zusammen geltend, gesetzt den Fall, dass der Vertrag in Bezug auf die vorliegenden Bedingungen abgeschlossen wurde.

Bei den nicht geregelten Fragen der vorliegenden Bedingungen sind **die allgemeinen Bedingungen der Schüler-Unfallversicherung Szimba (TANF15)** normativ. Bei den Verträgen sollen sonstig die Verordnungen des Ungarischen Zivilgesetzbuches sowie die sonstigen geltenden ungarischen Rechtsvorschriften angemessen angewendet werden.

I. VERSICHERUNGSEREIGNIS

- 1.1. Das Versicherungsereignis ist für den Versicherungsnehmer **seine** in der vorliegenden Sonderbedingung bestimmte **Infektionskrankheit**.
- 1.2. Bezüglich der vorliegenden Sonderbedingung erweist sich als ansteckende Krankheit: Rotavirus-Infektion,
Salmonellen-Infektion,

Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung.
- 1.3. Definitionen von Versicherungsereignissen, Zeitpunkt der Versicherungsereignisse:
 - 1.3.1. **Als Versicherungsereignis erweist sich die Rotavirus-Infektion während der Risikoübernahme**, wenn die Infektion durch serologische Untersuchung ausgewiesen wurde, und wenn sie eine Patientenversorgung im Krankenhaus von mehr als 24 Stunden beansprucht.
Zeitpunkt des Versicherungsereignisses: der erste Tag der Patientenversorgung im Krankenhaus.
 - 1.3.2. **Als Versicherungsereignis erweist sich die Salmonellen-Infektion während der Risikoübernahme**, wenn die Infektion durch serologische Untersuchung ausgewiesen wurde, und wenn sie eine Patientenversorgung im Krankenhaus von mehr als 24 Stunden beansprucht.
Zeitpunkt des Versicherungsereignisses: der erste Tag der Patientenversorgung im Krankenhaus.
 - 1.3.3. **Als Versicherungsereignis erweist sich die Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung durch Infektion**, wenn die Krankheit durch serologische Untersuchung ausgewiesen wurde, und sie kommt am frühestens von 15 Tagen nach Beginn der Risikoübernahme, am spätestens 15 Tage nach Ende der Risikoübernahme vor.
Es **erweist sich nicht als** Versicherungsereignis die Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung durch Zeckenstich.

Zeitpunkt des Versicherungsereignisses: der Tag, an dem man wegen dem Vorkommen der diagnostizierten Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung erstmals zum Arzt gegangen ist.

II. LEISTUNG DER VERSICHERUNG

- II.1. Im Fall des Versicherungsereignisses erstattet die Versicherung den aktuellen Versicherungsbetrag für den gegebenen Versicherungsnehmer nach dem Leistungspaket zum Zeitpunkt des Versicherungsereignisses, das für das Versicherungsrisiko nach den vorliegenden Sonderbedingungen bestimmt ist.
 - II.2. Die Versicherung erfüllt die Leistung nach dem vorliegenden Risiko innerhalb eines Versicherungsjahres für denselben Versicherungsnehmer mindestens einmal.
-

III. BEDINGUNGEN DER LEISTUNG DER VERSICHERUNG

- III.1. Der Leistungsanspruch soll der Versicherung nach dem Versicherungsereignis innerhalb von 15 Tagen schriftlich eingereicht werden.
- III.2. Beim Einreichen des Leistungsanspruches **einer Infektionskrankheit** sollen der Versicherung die Dokumente vorgelegt werden, die das Vorhandensein der Rechtsgrundlage des Leistungsanspruches beweisen und die zur Feststellung des Versicherungsbetrags des Leistungsanspruches notwendig sind:
- a) vollständig ausgefülltes Leistungsanspruchsformular,
 - b) bezüglich des Versicherungsereignisses Kopien aller ärztlichen Dokumente von der ersten Versorgung bis zur Anmeldung des Leistungsanspruches,
 - c) **bei Rotavirus-Infektion** Kopie des Ergebnisses der serologischen Untersuchung,
 - d) **bei Salmonellen-Infektion** Kopie des Ergebnisses der Stuhlkultur, die die Salmonellen-Infektion bestätigt,
 - e) **bei Gehirnhaut- und/oder Gehirnentzündung durch Infektion** Kopie des Ergebnisses der serologischen Untersuchung.
- III.3. Außer des oben erwähnten kann die Versicherung auch weitere Bescheinigungen, Erklärungen, die zur Bewertung des Leistungsanspruches notwendig sind – aufgelistet im Punkt V.3. Allgemeine Bedingungen – fordern beziehungsweise beschaffen.
-

Sonderbedingungen von Versicherungen für spezielle Operationen (SPECMÜT15)

Die Sonderbedingungen der vorliegenden Versicherung für **spezielle Operationen** (im Weiteren: Sonderbedingungen) **sind mit den allgemeinen Bedingungen der Schüler-Unfallversicherung Szimba (TANF15)** von Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: Versicherung) zusammen geltend, gesetzt den Fall, dass der Vertrag in Bezug auf die vorliegenden Bedingungen abgeschlossen wurde.

Bei den nicht geregelten Fragen der vorliegenden Bedingungen sind **die allgemeinen Bedingungen der Schüler-Unfallversicherung Szimba (TANF15)** normativ. Bei den Verträgen sollen sonstig die Verordnungen des Ungarischen Zivilgesetzbuches sowie die sonstigen geltenden ungarischen Rechtsvorschriften angemessen angewendet werden.

I. VERSICHERUNGSEREIGNIS

- I.1. Das Versicherungsereignis ist irgendeine an dem Versicherungsnehmer durchgeführte im Punkt 1.2. der vorliegenden Sonderbedingung während der Risikoübernahme bestimmte Operation.
- I.2. Bezüglich der vorliegenden Sonderbedingung erweisen sich als **Operationen** die folgenden Eingriffe: Leistenbruch-Operation, Blindarm-Operation, Rachenmandel-Operation.
- I.3. **Zeitpunkt des Versicherungsereignisses:** der Tag der Durchführung der Operation.

II. LEISTUNG DER VERSICHERUNG

- II.1. Im Fall des Versicherungsereignisses erstattet die Versicherung den aktuellen Versicherungsbetrag für den gegebenen Versicherungsnehmer nach dem Leistungspaket zum Zeitpunkt des Versicherungsereignisses, das für das Versicherungsrisiko nach den vorliegenden Sonderbedingungen bestimmt ist.
- II.2. Die Versicherung erfüllt die Leistung nach dem vorliegenden Risiko innerhalb eines Versicherungsjahres für denselben Versicherungsnehmer mindestens einmal.

III. BEDINGUNGEN DER ERFÜLLUNG DER VERSICHERUNG

- III.1. Der Leistungsanspruch soll der Versicherung nach dem Versicherungsereignis innerhalb von 15 Tagen schriftlich eingereicht werden.
 - III.2. Beim Einreichen des Leistungsanspruches **einer speziellen Operation** sollen der Versicherung die Dokumente vorgelegt werden, die das Vorhandensein der Rechtsgrundlage des Leistungsanspruches beweisen und die zur Feststellung des Versicherungsbetrags des Leistungsanspruches notwendig sind:
 - a) vollständig ausgefülltes Leistungsanspruchformular,
 - b) beim Einreichen des Leistungsanspruches Kopien aller ärztlichen Dokumente von der ersten Versorgung bis zur Anmeldung des Leistungsanspruches,
 - c) Kopie von ärztlichen Schlussberichten,
 - d) Kopie der Beschreibung der Operation, wenn so eine erfasst wurde
 - III.3. Außer des oben erwähnten kann die Versicherung auch weitere Bescheinigungen, Erklärungen, die zur Bewertung des Leistungsanspruches notwendig sind – aufgelistet im Punkt V.3. Allgemeine Bedingungen – fordern beziehungsweise beschaffen.
 - III.4. Wenn die Versicherung als Bedingung der Erfüllung des Leistungsanspruches ärztliche Untersuchung vorschreibt, ist die Versicherung berechtigt, die Erfüllung des Leistungsanspruches so lange abzulehnen, bis der Versicherungsnehmer der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zugestimmt hat.
-

Besondere Bedingungen der Versicherung bezüglich des Spitaltagesgeldes (TKNT15)

Die besonderen Bedingungen für die vorliegende Spitalgeldversicherung (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

1. Der Versicherungsfall

- (1) Als Versicherungsfall gelten die während der Risikoübernahme eingetretene unerwartete Krankheit oder Unfall des Versicherten, wodurch der Versicherte eine stationäre krankenhäusliche Versorgung bekommt, wenn dies ärztlich begründet ist.
- (2) In Hinsicht dieser Versicherung erhält die Person eine stationäre Krankenhauspflege, der ins Krankenhaus für mehrere Tage aufgenommen wegen ärztlicher Versorgung wird, so dass diese Person zwischen dem Tag der Aufnahme und der Entlassung jede Nacht im Krankenhaus im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung verbringt. Im Falle der stationären Krankenversorgung ist in Hinsicht der Leistung des Versicherers der erste Tag der krankenhäuslichen Versorgung der Tag der Aufnahme und der letzte Tag der Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus.
- (3) Der Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles ist im Falle einer stationären krankenhäuslichen Versorgung wegen Unfalls der Tag der Unfall, wegen Krankheit der erste Tag der stationären krankenhäuslichen Versorgung.

2. Leistung des Versicherers

- (1) **Vom Versicherer wird eine Leistung im Falle der Krankheit des Versicherten für eine stationäre krankenhäusliche Versorgung während der Dauer der Risikoübernahme, im Falle des Unfalls des Versicherten innerhalb von 2 (zwei) Jahren gerechnet vom Tag des Unfalls eingetretene stationäre krankenhäuslichen Versorgung, die wegen der Behebung der Folgen des Unfalls notwendig sind, geleistet.**
- (2) Vom Versicherer wird für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes die im zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültigen Versicherungsvertrag festgesetzte Versicherungssumme ausbezahlt.
- (3) Der Versicherer behält sich das Recht, die Begründung der Kurbehandlung und den Gesundheitszustand des Versicherten von den vom Versicherer genannten Ärzten kontrollieren zu lassen.

3. Voraussetzungen der Leistungserfüllung des Versicherers

- (1) Dem Versicherer soll Leistungsanspruch innerhalb von 15 Tagen nach der Kurbehandlung gemeldet werden.
 - (2) Beim Einreichen des Leistungsantrags bezüglich der Spitalgeldleistung sind die Dokumente, die die Rechtsgrundlage des Leistungsantrags beweisen, und zur Feststellung der Betragsmäßigkeit des Leistungsantrags erforderlich dem Versicherer einzureichen:
 - a) völlig ausgefülltes Formular zum Einreichen des Leistungsantrags,
 - b) Kopie der bei der ersten ärztlichen Versorgung ausgestellten Dokumente,
 - c) Abschlussbericht des Krankenhauses,
 - d) die vom behandelnden Arzt ausgefüllte ärztliche Erklärung, (die Erklärung des behandelnden Arztes oder Hausarztes mit der Benennung der im Hintergrund des Schadenfalles stehenden Grundkrankheit(en) und der Angabe des genauen Zeitpunktes der ersten Diagnose der Krankheit(en).)
 - e) Kopie des Unfallprotokolls, falls eines aufgenommen wurde,
 - f) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Polizeiprotokolls,
 - g) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Ergebnisses der Blutalkoholuntersuchung, falls eine solche Untersuchung durchgeführt wurde,
-

- h) Kopie des Führerscheins und des Fahrzeugbriefes, falls der Versicherte in einem Verkehrsunfall als Fahrer des Fahrzeuges verletzt wurde.
- (3) Darüber hinaus kann der Versicherer weitere, zur Beurteilung des Leistungsantrags erforderliche – im Punkt V.3 der Allgemeinen Bedingungen aufgezählte - Dokumente und Erklärungen einholen lassen oder einholen.
- (4) Wenn vom Versicherer eine ärztliche Untersuchung als Voraussetzung der Leistungserfüllung vorgeschrieben wird, ist der Versicherer berechtigt, die Erfüllung der Leistung abzulehnen, solange der Versicherte der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zustimmte.

3.5. Von der Risikoübernahme ausgeschlossene Fälle

3.5.1 Die Versicherung deckt die während der Dauer der Risikoübernahme erfolgten Ereignisse nicht, wenn:

- a) der Versicherungsfall im Zusammenhang mit regelmäßigem Alkoholverbrauch des/der Versicherten erfolgte;
- b) der Versicherungsfall im Zusammenhang mit Rauschgiftverbrauch oder Anwendung von rauscherzeugenden Stoffen bzw. Medikamenten durch den/die Versicherte/n erfolgte, – ausgenommen, wenn diese letzteren Mittel vom behandelnden Arzt verschrieben und vorschriftsmäßig angewendet wurden;
- c) wenn der/die Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles im alkoholisierten Zustand war, oder unter dem Einfluss von Rauschgift oder rauscherzeugenden Stoffen stand, und diese Tatsache zum Eintritt des Versicherungsfalles beigetragen hat. Wenn eine Blutalkoholuntersuchung durchgeführt wurde, ist eine Blutalkoholkonzentration über 1,5%, beim Fahren eines Kraftwagens eine Blutalkoholkonzentration über 0,8 als alkoholisierten Zustand zu beurteilen.
- d) wenn der/die Versicherte einen Kraftwagen gefahren hat, der keinen gültigen Fahrzeugbrief hatte, oder zu dessen Fahren er/sie keinen gültigen Führerschein hatte, und diese Tatsache zum Eintritt des Unfalles beigetragen hat.
- e) wenn der Versicherungsfall in Kausalzusammenhang damit erfolgte, dass der/die Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mindestens gegen zwei verkehrspolizeiliche Vorschriften verstoßen hat.

3.5.2 Die Versicherung deckt außerhalb der in den Allgemeinen Bedingungen bestimmten Fälle die folgenden Fälle nicht:

- a) Krankenhausaufenthalt in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung (ausgenommen, wenn der Aufenthalt infolge eines Unfalles erforderlich wird), wenn die Empfängnis dem Beginn der Risikoübernahme durch den Versicherer bezüglich des Versicherten vorangeht. Die Empfängnis geht dem Beginn der Risikoübernahme bezüglich des Versicherten voran, wenn zwischen dem Inkrafttreten des Vertrags und dem - in der die Schwangerschaft dokumentierenden offiziellen Unterlage - als zu erwartendes Datum der Entbindung angegebenen Datum weniger als 285 Tage sind.
 - b) Sterilisationsoperation und deren Folgen,
 - c) Krankenhausaufenthalte, deren Ziel nicht die Feststellung einer Krankheit des Versicherten, die Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Heilung des Versicherten ist – insbesondere: Krankenhausaufenthalt wegen Reihenuntersuchung,
 - d) Schwangerschaftsabbruch – ausgenommen, wenn der Schwangerschaftsabbruch im Interesse von Gesundheitsbewahrung / Lebensrettung der Mutter durchgeführt wird bzw. Schwangerschaftsabbruch bei Schwangerschaften, die in Zusammenhang mit einem Verbrechen angefallen sind,
 - e) Krankenhausaufenthalt wegen ästhetischer Behandlung und chirurgischen Eingriffs,
 - f) Rehabilitation/ Pflege von chronischen Krankheiten (insbesondere heilpädagogische und logopädische Versorgung, Krankengymnastik, Physio- und Physiotherapie, Massage, Badekur, Schlankheitskur),
 - g) Behandlungen, die von einer Person durchgeführt wurden, die keinen medizinischen Abschluss und keine Zulassung für die Ausübung der Tätigkeit hat,
 - h) psychische Störungen und Krankheiten und oder psychiatrische Krankheiten, Selbstmordversuche
 - i) für den Versicherungsfall, der im Zusammenhang mit dem Alkohol- oder Medikamentenkonsum erfolgte, ausgenommen, wenn die Medikamente auf die Vorschrift des behandelnden Arztes vorschriftsmäßig genommen wurden.
-

Besondere Bedingungen für die Verbrennungsverletzungs-Versicherung (ÉGÉS15)

Die besonderen Bedingungen für die vorliegende **Verbrennungsverletzungsversicherung** (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF14) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

1. Versicherungsfall

- (1) Versicherungsfall ist der Unfall, der dem Versicherten passiert und infolge dessen der Versicherte Verbrennungsverletzungen erleidet.
- (2) Zeitpunkt des Eintritts eines Versicherungsfalls ist der Zeitpunkt des Verkehrsunfalls.

2. Versicherungsleistung

- (1) Bei Eintritt eines Versicherungsfalls erstattet der Versicherer die im zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls wirksamen Versicherungsvertrag festgesetzte Versicherungssumme je nach Schweregrad der Verbrennung.
- (2) Die Höhe der Rückerstattung beträgt je nach Schweregrad und Ausdehnung der Verbrennung die in der folgenden Tabelle aufgeführte Prozentzahl der Versicherungssumme:

Höhe der Rückerstattung: Prozentzahl der Versicherungssumme aufgrund der Tabelle	Körperoberfläche			
	10-19%	20-49%	50-79%	über 80 %
Tiefe	10-19%	20-49%	50-79%	über 80 %
Grad 1	-	-	-	-
Grad 2	-	10%	25%	40%
Grad 3	20%	40%	100%	160%
Grad 4	40%	80%	200%	200%

- (3) Erleidet der Versicherte infolge eines Versicherungsfalls gleichzeitig mehrere Verbrennungsverletzungen verschiedenen Grades und mit unterschiedlicher Ausdehnung, stellt der Versicherer die Höhe der Leistung fest, indem er den Prozentsatz der Ausdehnung der einzelnen Verletzungen summiert sowie die Verbrennungsverletzung des höchsten Grades berücksichtigt.
- (4) Wenn der Verletzte bestätigt unmittelbar an den Folgen der Verbrennungsverletzungen stirbt, erstattet der Versicherer dem Berechtigten 200% der Versicherungssumme unabhängig von der Schwere der Verbrennungsverletzung.
- (5) Die Versicherung behält sich das Recht vor, den Gesundheitszustand des Versicherten die Versicherungsärzte überprüfen zu lassen.

3. Leistungsvoraussetzungen des Versicherers

- (1) Der Versicherungsanspruch muss dem Versicherer innerhalb von 15 Tagen nach dem Versicherungsfall in schriftlicher Form gemeldet werden.
 - (2) Bei der Anmeldung der Leistungsansprüche wegen Verbrennungsverletzungen sind beim Versicherer die Dokumente einzureichen, die den Rechtsgrund für das Bestehen des Leistungsanspruchs belegen und zur Beurteilung der Höhe des Leistungsanspruchs notwendig sind:
-

- a) vollständig ausgefüllter Leistungsantrag,
 - b) Kopie aller ärztlichen Dokumente verbunden mit dem Versicherungsfall, vom Unfall weg bis zur Meldung des Leistungsanspruches,
 - c) Kopie des Krankenhausesentlassungsberichtes bzw. des Ambulanzblattes, sofern der Versicherte infolge der Verbrennungsverletzungen stationäre bzw. ambulante Behandlung erhielt.
 - d) Kopie des Unfallprotokolls, wenn so was gefertigt wurde,
 - e) bei einem Verkehrsunfall die Kopie des Polizeiprotokolls,
 - f) bei einem Verkehrsunfall die Kopie der Ergebnisse vom Blutalkohol-Test, falls einer durchgeführt wurde,
 - g) wenn der Versicherte bei einem Verkehrsunfall als Fahrer des Fahrzeugs verletzt wurde – Kopien des Führerscheins und Zulassungsschein des Fahrzeuges.
- 3.3 ist im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall oder mit dessen grundlegenden Umständen ein behördliches Verfahren eingeleitet, müssen die im Laufe des Verfahrens entstandenen bzw. die zum Verfahren gehörenden Dokumente sowie der das Verfahren beendende Beschluss (insbesondere der verfahrensabschließende Beschluss oder der rechtskräftige Gerichtsbeschluss) bei dem Versicherer eingereicht werden. Der im Strafverfahren und im Vertragsverletzungsverfahren gefasste rechtswirksame Beschluss muss erst dann eingereicht werden, wenn er zur Zeit der Leistungsmeldung schon vorhanden war.
- 3.4 Bei der Anmeldung der Leistungsansprüche bei Tod des Versicherten sind beim Versicherer außer den obigen Unterlagen die folgenden einzureichen:
- a) Kopie des Totenscheins,
 - b) Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten
 - c) im Falle eines Todesfalls im Ausland: die auf Kosten des Antragstellers gefertigte beglaubigte ungarische Übersetzung des von der ausländischen Behörde ausgestellten Dokuments über die Umstände des Todesfalls
 - d) Kopie des Dokuments, das die Berechtigung bestätigt (rechtskräftiger Erbübertragungsbeschluss, Erbschein), falls der Berechtigte im Versicherungsvertrag nicht namentlich benannt wurde,
 - e) weitere zur Abklärung der näheren Todes- bzw. Unfallumstände notwendigen Unterlagen,
- 3.5 Außer den oben genannten Unterlagen kann der Versicherer weitere – im Punkt V.3 der allgemeinen Bedingungen aufgeführte - zur Beurteilung des Leistungsanspruches notwendige Bescheinigungen bzw. Erklärungen verlangen oder beschaffen.
- 3.6 Wenn vom Versicherer eine ärztliche Untersuchung als Voraussetzung der Leistungserfüllung vorgeschrieben wird, ist der Versicherer berechtigt, die Erfüllung der Leistung abzulehnen, solange der Versicherte der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zustimmte.
-

Sonderbedingungen der Versicherung bezüglich dauerhafter, auf einen Unfall zurückzuführender Gesundheitsschädigung (BROK15)

Die Sonderbedingungen dieser Versicherung bezüglich dauerhafter, auf einen Unfall zurückzuführender Gesundheitsschädigung (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

I Der Versicherungsfall

- 1.1 Als Versicherungsfall sind Unfälle des Versicherten anzusehen, in deren Folge der Versicherte dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.2 Als Gesundheitsschädigung ist die Verminderung der körperlichen und/oder geistigen Funktionalität anzusehen, die die übliche Lebensführung beeinträchtigt.
- 1.3 Eine Gesundheitsschädigung zählt als dauerhaft, wenn sie ärztlich als ausgeprägt, stabil anzusehen ist, also es ist keine Änderung im Zustand des Versicherten zu erwarten, oder wenn sie auch am Ende des 1. Jahres nach dem Unfall besteht.
- 1.4 Die Veränderung der Arbeitsfähigkeit und/oder Zwang zum Aufhören mit der Sporttätigkeit bzw. die auf den Unfall zurückzuführenden nachteiligen ästhetischen Folgen und anderen (soziale, materielle usw.) Nachteile können alleine nicht als Grundlage eines Leistungsantrags bezüglich dauerhafter Gesundheitsschädigung dienen.
- 1.5 Als Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles ist der Zeitpunkt des Unfalls anzusehen.

II Leistungserfüllung durch den Versicherer

- II.1 Der Versicherer erfüllt die festgestellte Leistung bezüglich einer dauerhaften Gesundheitsschädigung, deren Maß ärztlich eindeutig zu bestimmen ist, innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingang des zur Beurteilung des Leistungsantrags erforderlichen letzten Dokuments, in anderen Fällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Endgültigwerden der Gesundheitsschädigung. Wenn 1 Jahr seit dem Unfalltag vergangen ist, ist die Leistung des Versicherers innerhalb von 30 Tagen nach dem Verlauf des einen (1) Jahres auch in dem Fall fällig, wenn sich die Gesundheitsschädigung stetig ändert. In diesem Fall stellt der Versicherer die Höhe der Leistung anhand der Gesundheitsschädigung fest, die nach dem Verlauf des einen (1) Jahres seit dem Unfall besteht.
- II.2 Für den Eintritt des Versicherungsfalles erfüllt der Versicherer aus der im - zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültigen – Versicherungsvertrag festgestellten Versicherungssumme eine Leistung, deren Höhe dem Maß der dauerhaften Gesundheitsschädigung entspricht.
- II.3 Der Arzt des Versicherers stellt den Grad der Gesundheitsschädigung wie folgt fest:

Gesundheitsschädigung von Körperteilen, Sinnesorganen	Grad der Gesundheitsschädigung %
• Völliger Verlust (vom Schultergelenk) oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Armes	70%
• Völliger Verlust (bis zum: über das Ellbogengelenk) oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Armes	65%
• Völliger Verlust (bis zum: unter das Ellbogengelenk) eines Armes, völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer Hand	60%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Daumens	20%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Zeigefingers	10%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines anderen Fingers	5%

• Verlust eines Oberschenkels im Hüftgelenk oder völlige Funktionsunfähigkeit des Hüftgelenks	70%
• teilweise Amputation eines Oberschenkels oder völlige Funktionsunfähigkeit des Kniegelenks	60%
• teilweise Amputation eines Unterschenkels	50%
• Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Fußgelenks	30%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer großen Zehe	5%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer anderen Zehe	2%
• völliger Verlust des Sehvermögens von beiden Augen	100%
• völliger Verlust des Sehvermögens eines Auges	35%
• völliger Verlust des Sehvermögens eines Auges, falls der Versicherte das Sehvermögen des anderen Auges schon vor dem Eintritt des Versicherungsfalles verloren hat	65%
• völliger Verlust des Hörvermögens von beiden Ohren	60%
• völliger Verlust des Hörvermögens eines Ohres	15%
• völliger Verlust des Hörvermögens eines Ohres, falls der Versicherte das Hörvermögen des anderen Ohres schon vor dem Eintritt des Versicherungsfalles verloren hat	45%
• völliger Verlust des Geruchssinnes	10%
• völliger Verlust des Geschmackssinnes	5%

- II.4 Wenn die Höhe der Leistung anhand der Tabelle nicht festzustellen ist, ist die Leistung in Bezug darauf festzustellen, in welchem Maß sich die körperliche und/oder geistige Funktionsfähigkeit aus ärztlicher Hinsicht vermindert hat. Die Entscheidungen der Sozialversicherungsbehörde sind für den Versicherer nicht bindend, der von medizinischen Instituten festgestellte Grad der Gesundheitsschädigung ist in der Anwendung des Vertrags nicht maßgebend. Der Grad der dauerhaften Gesundheitsschädigung wird von dem Arzt des Versicherers unter Rücksichtnahme auf die obige Tabelle festgestellt. Nicht unversehrte Organe und Körperteile, die schon vor dem Unfall dauerhaft geschädigt waren, sind bis zum Grad der früheren Schädigungen von der Versicherung ausgeschlossen.
- II.5 Die anhand des Grades der festgestellten Schädigung zu zahlende Leistung kann nicht höher sein, als die in der Police bestimmte Versicherungssumme.
- II.6 Falls schon vor dem Unfall bestehende Krankheiten oder Behinderungen bei der Entstehung der mit dem Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden dauerhaften Gesundheitsschädigung mitgewirkt haben, erfüllt der Versicherer die Leistung nach der um das Mass der Mitwirkung verminderten Gesundheitsschädigung.
- II.7 Wenn sich die Gesundheitsschädigung des Versicherten stetig ändert, ist der Versicherte 2 (zwei) Jahre lang nach dem angemeldeten Unfall berechtigt, einmal pro Versicherungsfall um die wiederholte ärztliche Feststellung der dauerhaften Gesundheitsschädigung zu ersuchen. Der Versicherte kann um die Feststellung der dauerhaften Gesundheitsschädigung ersuchen, indem er einen wiederholten Leistungsantrag stellt, und die ärztlichen Dokumente einreicht, die die trotz der geeigneten Behandlung auftretende Zustandsverschlechterung nachweisen.
- II.8 Wenn der Versicherte vor dem Endgültigwerden der Gesundheitsschädigung stirbt, hat der Versicherer nach dem Grad der Gesundheitsschädigung zu bezahlen, der anhand des bei der letzten ärztlichen Untersuchung ausgestellten ärztlichen Dokuments festzustellen ist.
- II.9 Der Versicherer vorbehält sich das Recht, den Gesundheitszustand des Versicherten von den Ärzten, die vom Versicherer bestimmt werden, kontrollieren zu lassen.
- II.10 Es kann kein Leistungsantrag bezüglich einer dauerhaften Gesundheitsschädigung gestellt werden, wenn der Versicherte innerhalb 15 Tagen nach dem Unfall stirbt.

III Voraussetzungen der Leistungserfüllung des Versicherers

- III.1 Beim Einreichen des Leistungsantrags bezüglich einer dauerhaften, auf einen Unfall zurückzuführenden Gesundheitsschädigung sind auch folgende Dokumente dem Versicherer einzureichen: Urkunden, die die Rechtsgrundlage des Leistungsantrags beweisen, und zur Feststellung der Betragsmäßigkeit des Leistungsantrags erforderlich sind:
- a) völlig ausgefülltes Formular zum Einreichen des Leistungsantrags,
 - b) Kopie der bei der ersten ärztlichen Versorgung ausgestellten Dokumente,
 - c) Kopie aller vom Unfall bis zum Einreichen des Leistungsantrags ausgestellten ärztlichen Dokumente bezüglich des Versicherungsfalles,
 - d) Dokumente, die zur Klärung der näheren Umstände des Unfalls erforderlich sind,
 - e) Kopie des Unfallprotokolls, falls eines aufgenommen wurde,
 - f) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Polizeiprotokolls,
 - g) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Ergebnisses der Blutalkoholuntersuchung, falls eine solche Untersuchung durchgeführt wurde,
 - h) Kopie des Führerscheins und des Fahrzeugbriefes, falls der Versicherte in einem Verkehrsunfall als Fahrer des Fahrzeuges verletzt wurde.
- III.2 Darüber hinaus kann der Versicherer weitere, zur Beurteilung des Leistungsantrags erforderliche – im Punkt V.3 der Allgemeinen Bedingungen aufgezählte - Dokumente und Erklärungen einholen lassen oder einholen.
- III.3 Wenn vom Versicherer eine ärztliche Untersuchung als Voraussetzung der Leistungserfüllung vorgeschrieben wird, ist der Versicherer berechtigt, die Erfüllung der Leistung abzulehnen, solange der Versicherte der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zustimmte.
-

Sonderbedingungen der Versicherung bezüglich dauerhafter, auf einen Verkehrsunfall zurückzuführender Gesundheitsschädigung (KROK15)

Die Sonderbedingungen dieser Versicherung bezüglich dauerhafter, auf einen Verkehrsunfall zurückzuführender Gesundheitsschädigung (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

I Der Versicherungsfall

- (1) Als Versicherungsfall sind Verkehrsunfälle des Versicherten anzusehen, in deren Folge der Versicherte dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.
- (2) Als Gesundheitsschädigung ist die Verminderung der körperlichen und/oder geistigen Funktionalität anzusehen, die die übliche Lebensführung beeinträchtigt.
- (3) Eine Gesundheitsschädigung zählt als dauerhaft, wenn sie ärztlich als ausgeprägt, stabil anzusehen ist, also es ist keine Änderung im Zustand des Versicherten zu erwarten, oder wenn sie auch am **Ende des 1. Jahres nach dem Unfall besteht**.
- (4) Die Veränderung der Arbeitsfähigkeit und/oder Zwang zum Aufhören mit der Sporttätigkeit bzw. die auf den Unfall zurückzuführenden nachteiligen ästhetischen Folgen und anderen (soziale, materielle usw.) Nachteile können alleine nicht als Grundlage eines Leistungsantrags bezüglich dauerhafter Gesundheitsschädigung dienen.
- (5) Als Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles ist der Zeitpunkt des Unfalls anzusehen.

II Leistung des Versicherer

- (1) Die Leistung des Versicherers ist innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingehen aller zur Feststellung der Gesundheitsschädigung notwendigen Dokumente fällig. Ist ein Jahr nach dem Tag des Unfalls vergangen, ist die Leistung des Versicherers auch dann fällig, wenn sich die Gesundheitsschädigung ständig verändert. In diesem letzteren Fall wird die Höhe der Leistung des Versicherers entsprechend der bestehenden Gesundheitsschädigung nach einem Jahr gerechnet vom Tag des Unfalls festgestellt.
- (2) Vom Versicherer wird aus der im - zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültigen – Versicherungsvertrag festgestellten Versicherungssumme eine Leistung, deren Höhe dem Mass der dauerhaften Gesundheitsschädigung entspricht, erfüllt.
- (3) Der Arzt des Versicherers stellt die Höhe der Leistung (den Grad der Gesundheits-schädigung) wie folgt fest:

Gesundheitsschädigung von Körperteilen, Sinnesorganen	Grad der Gesundheitsschädigung %
• Völliger Verlust (vom Schultergelenk) oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Armes	70%
• Völliger Verlust (bis zum: über das Ellbogengelenk) oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Armes	65%
• Völliger Verlust (bis zum: unter das Ellbogengelenk) eines Armes, völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer Hand	60%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Daumen	20%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Zeigefingers	10%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines anderen Fingers	5%
• Verlust eines Oberschenkels im Hüftgelenk oder völlige Funktionsunfähigkeit des Hüftgelenks	70%
• teilweise Amputation eines Oberschenkels oder völlige Funktionsunfähigkeit des Kniegelenks	60%
• teilweise Amputation eines Unterschenkels	50%

• Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit eines Fußgelenks	30%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer großen Zehe	5%
• Völliger Verlust oder völlige Funktionsunfähigkeit einer anderen Zehe	2%
• völliger Verlust des Sehvermögens von beiden Augen	100%
• völliger Verlust des Sehvermögens eines Auges	35%
• völliger Verlust des Sehvermögens eines Auges, falls der Versicherte das Sehvermögen des anderen Auges schon vor dem Eintritt des Versicherungsfalles verloren hat	65%
• völliger Verlust des Hörvermögens von beiden Ohren	60%
• völliger Verlust des Hörvermögens eines Ohres	15%
• völliger Verlust des Hörvermögens eines Ohres, falls der Versicherte das Hörvermögen des anderen Ohres schon vor dem Eintritt des Versicherungsfalles verloren hat	45%
• völliger Verlust des Geruchssinnes	10%
• völliger Verlust des Geschmacksinnes	5%

- (4) Wenn die Höhe der Leistung anhand der Tabelle nicht festzustellen ist, ist die Leistung in Bezug darauf festzustellen, in welchem Mass sich die körperliche und/oder geistige Funktionsfähigkeit aus ärztlicher Hinsicht vermindert hat. Die Entscheidungen der Sozialversicherungsbehörde sind für den Versicherer nicht bindend, der von medizinischen Instituten festgestellte Grad der Gesundheitsschädigung ist in der Anwendung des Vertrags nicht maßgebend. Der Grad der dauerhaften Gesundheitsschädigung wird von dem Arzt des Versicherers unter Rücksichtnahme auf die obige Tabelle festgestellt. Nicht unversehrte Organe und Körperteile, die schon vor dem Unfall dauerhaft geschädigt waren, sind bis zum Grad der früheren Schädigungen von der Versicherung ausgeschlossen.
- (5) Die anhand des Grades der festgestellten Schädigung zu zahlende Leistung kann nicht höher sein, als die in der Police bestimmte Versicherungssumme.
- (6) Falls schon vor dem Unfall bestehende Krankheiten oder Behinderungen bei der Entstehung der mit dem Versicherungsfall in Zusammenhang stehenden dauerhaften Gesundheitsschädigung mitgewirkt haben, erfüllt der Versicherer die Leistung nach der um das Maß der Mitwirkung verminderten Gesundheitsschädigung.
- (7) Wenn sich die Gesundheitsschädigung des Versicherten stetig ändert, ist der Versicherte 2 (zwei) Jahre lang nach dem angemeldeten Unfall berechtigt, einmal um die wiederholte ärztliche Feststellung der dauerhaften Gesundheitsschädigung zu ersuchen. Der Versicherte kann um die Feststellung der dauerhaften Gesundheitsschädigung ersuchen, indem er einen wiederholten Leistungsantrag stellt, und die ärztlichen Dokumente einreicht, die die trotz der geeigneten Behandlung auftretende Zustandsverschlechterung nachweisen.
- (8) Wenn der Versicherte vor dem Endgültigwerden der Gesundheitsschädigung stirbt, hat der Versicherer nach dem Grad der Gesundheitsschädigung zu bezahlen, der anhand des bei der letzten ärztlichen Untersuchung ausgestellten ärztlichen Dokuments festzustellen ist.
- (9) Der Versicherer behält sich das Recht, den Gesundheitszustand des Versicherten von den vom Versicherer genannten Ärzten kontrollieren zu lassen.
- (10) Es kann kein Leistungsantrag bezüglich einer dauerhaften Gesundheitsschädigung gestellt werden, wenn der Versicherte innerhalb 15 Tagen nach dem Unfall stirbt.

III Voraussetzungen der Leistungserfüllung des Versicherers

- (1) Beim Einreichen des Leistungsantrags bezüglich einer dauerhaften, auf einen Verkehrsunfall zurückzuführenden Gesundheitsschädigung sind die Dokumente, die die Rechtsgrundlage des Leistungsantrags beweisen, und zur Feststellung der Betragsmäßigkeit des Leistungsantrags erforderlich dem Versicherer einzureichen:
- völlig ausgefülltes Formular zum Einreichen des Leistungsantrags,
 - Kopie der bei der ersten ärztlichen Versorgung ausgestellten Dokumente,
 - Kopie aller vom Unfall bis zum Einreichen des Leistungsantrags ausgestellten ärztlichen Dokumente bezüglich des Versicherungsfalles,
 - Dokumente, die zur Klärung der näheren Umstände des Unfalls erforderlich sind,
 - Kopie des Unfallprotokolls, falls eines aufgenommen wurde,
-

- f) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Polizeiprotokolls,
- g) bei einem Verkehrsunfall: die Kopie des Ergebnisses der Blutalkoholuntersuchung, falls eine solche Untersuchung durchgeführt wurde,
- h) Kopie des Führerscheins und des Fahrzeugbriefes, falls der Versicherte in einem Verkehrsunfall als Fahrer des Fahrzeuges verletzt wurde,

III.2 Darüber hinaus kann der Versicherer weitere, zur Beurteilung des Leistungsantrags erforderliche – im Punkt V.3 der Allgemeinen Bedingungen aufgezählte - Dokumente und Erklärungen einholen lassen oder einholen.

III.3 Wenn vom Versicherer eine ärztliche Untersuchung als Voraussetzung der Leistungserfüllung vorgeschrieben wird, ist der Versicherer berechtigt, die Erfüllung der Leistung abzulehnen, solange der Versicherte der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung nicht zustimmt.



Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Versicherung (BHAL15)

Die besonderen Bedingungen für die vorliegende Verkehrstodesfallversicherung (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

1. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Unfall, der dem Versicherten passiert und an dessen Folgen der Versicherte innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Zeitpunkt des Eintritts eines Versicherungsfalls ist der Zeitpunkt des Unfalls.

2. Versicherungsleistung

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls erstattet der Versicherer die im Versicherungsvertrag für Unfalltod festgesetzte Versicherungssumme.

3. Leistungsvoraussetzungen des Versicherers

III.1 Der Versicherungsanspruch muss dem Versicherer innerhalb von 15 Tagen nach Tod in schriftlicher Form gemeldet werden.

III.2 Bei der Anmeldung der Leistungsansprüche wegen Verkehrstodesfalls sind beim Versicherer die Dokumente einzureichen, die den Rechtsgrund für das Bestehen des Leistungsanspruchs belegen und zur Beurteilung der Höhe des Leistungsanspruchs notwendig sind:

- a) vollständig ausgefüllter Leistungsantrag,
 - b) alle ärztlichen Dokumente, die im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall vom Unfall bis zur Leistungsanzeige entstanden sind
 - c) Kopie des Unfallprotokolls, falls eines geführt wurde,
 - d) bei einem Verkehrsunfall die Kopie des Polizeiprotokolls,
 - e) bei einem Verkehrsunfall die Kopie der Ergebnisse vom Blutalkohol-Test, falls einer durchgeführt wurde,
 - f) wenn der Versicherte bei einem Verkehrsunfall als Fahrer des Fahrzeuges verletzt wurde – Kopien des Führerscheins und Zulassungsschein des Fahrzeuges,
 - g) Kopie des Totenscheins,
 - h) Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten,
 - i) im Falle eines Todesfalls im Ausland: die auf Kosten des Antragstellers gefertigte beglaubigte ungarische Übersetzung des von der ausländischen Behörde ausgestellten Dokuments über die Umstände des Todesfalls
 - j) Kopie des Dokuments, das die Begünstigung bestätigt (rechtskräftiger Erbübertragungsbeschluss, Erbschein), falls der Berechtigte im Versicherungsvertrag nicht namentlich benannt wurde,
 - k) die zur Abklärung der näheren Todes- bzw. Unfallumstände notwendigen Unterlagen,
- (3) ist im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall oder mit dessen grundlegenden Umständen ein behördliches Verfahren eingeleitet, müssen die im Laufe des Verfahrens entstandenen bzw. die zum Verfahren gehörenden Dokumente, sowie der das Verfahren beendende Beschluss (insbesondere der verfahrensabschließende Beschluss oder der rechtskräftige Gerichtsbeschluss) bei dem Versicherer eingereicht werden. Der im Strafverfahren und im Vertragsverletzungsverfahren gefasste rechtswirksame Beschluss muss erst dann eingereicht werden, wenn er zur Zeit der Leistungsmeldung schon vorhanden war.
- (4) Außer den oben genannten Unterlagen kann der Versicherer weitere – im Punkt V.3 der allgemeinen Bedingungen aufgeführte - zur Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendige Bescheinigungen bzw. Erklärungen verlangen oder beschaffen.
-

Besondere Bedingungen für die Verkehrstodesfall-Versicherung (KHAL15)

Die besonderen Bedingungen für die vorliegende Verkehrstodesfallversicherung (im Weiteren: Bedingungen) sind zusammen mit den „**Allgemeinen Bedingungen der Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) des Versicherers Generali Biztosító Zrt. (im Weiteren: der Versicherer) gültig – falls der Vertrag unter Berufung auf diese Bedingungen abgeschlossen wurde.

Für die in diesen Bedingungen nicht geregelten Fragen gelten die Bestimmungen der „**Allgemeinen Bedingungen der Szimba Unfallversicherung für Schüler**“ (TANF15) vereinbart. Sonst sind die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches bzw. die übrigen wirksamen ungarischen Rechtsvorschriften für die Verträge anzuwenden.

I Versicherungsfall

- 1.1 Versicherungsfall ist der Verkehrsunfall, der dem Versicherten passiert und an dessen Folgen der Versicherte innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 1.2 Zeitpunkt des Eintritts eines Versicherungsfalles ist der Zeitpunkt des Verkehrsunfalls.

II Leistung des Versicherers

Bei Eintritt eines Versicherungsfalles erstattet der Versicherer die im zum Zeitpunkt des Todesfalls wirksamen Versicherungsvertrag festgesetzte Versicherungssumme.

III Leistungsvoraussetzungen des Versicherers

III.1 Der Versicherungsanspruch muss dem Versicherer innerhalb von 15 Tagen nach Tod gemeldet werden.

III.2 Bei der Anmeldung der Leistungsansprüche wegen Verkehrstodesfalls sind beim Versicherer die Dokumente einzureichen, die den Rechtsgrund für das Bestehen des Leistungsanspruchs belegen:

- a) vollständig ausgefüllter Leistungsantrag,
- b) Kopie der ersten ärztlichen Untersuchung, sowie aller ärztlichen Dokumente, die im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall vom Unfall bis zur Leistungsanzeige entstanden sind
- c) ärztliches oder behördliches Zeugnis über die Ursache des Todes
- d) Kopie des Polizeiprotokolls,
- e) Kopie der Ergebnisse vom Blutalkohol-Test, falls einer durchgeführt wurde,
- f) wenn der Versicherte als Fahrer des Fahrzeuges verletzt wurde – Kopien des Führerscheins und Zulassungsschein des Fahrzeuges,
- g) das vom Verkehrsunternehmen vor Ort aufgenommene offizielle Protokoll,
- h) Kopie des Totenscheins,
- i) Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten,
- j) weitere zur Abklärung der näheren Todes- bzw. Unfallumstände notwendigen Unterlagen,
- k) im Falle eines Todesfalls im Ausland: die auf Kosten des Antragstellers gefertigte beglaubigte ungarische Übersetzung des von der ausländischen Behörde ausgestellten Dokuments über die Umstände des Todesfalls,
- l) Kopie des Dokuments, das die Berechtigung bestätigt (rechtskräftiger Erbübertragungsbeschluss, Erbschein), falls der Begünstigte im Versicherungsvertrag nicht namentlich benannt wurde.

III.3 Ist im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall oder mit dessen grundlegenden Umständen ein behördliches Verfahren eingeleitet, müssen die im Laufe des Verfahrens entstandenen bzw. die zum Verfahren gehörenden Dokumente, sowie der das Verfahren beendende Beschluss (insbesondere der verfahrensabschließende Beschluss oder der rechtskräftige Gerichtsbeschluss) bei dem Versicherer eingereicht werden. Der im Strafverfahren und im Vertragsverletzungsverfahren gefasste rechtswirksame Beschluss muss erst dann eingereicht werden, wenn er zur Zeit der Leistungsmeldung schon vorhanden war.

III.4 Außer den oben genannten Unterlagen kann der Versicherer weitere – im Punkt V.3 der allgemeinen Bedingungen aufgeführte - zur Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendige Bescheinigungen bzw. Erklärungen verlangen oder beschaffen.
