



PANNÓNIA BIZTOSÍTÓK

Otthonangyal Partner Csoportos Balesetbiztosítás

Általános Szerződési Feltételek

Hatályos: 2026. január 1.

Otthonangyal Partner Csoportos Balesetbiztosítás Kiegészítő Záradék

Az Otthonangyal Partner Csoportos Balesetbiztosítás (a továbbiakban: Csoportos Balesetbiztosítás) tekintetében a CIG Csoportos Biztosítások Általános és Különös Feltételei (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek) a jelen Kiegészítő Záradékban foglalt eltérésekkel érvényesek az alábbiak szerint:

A Biztosítási Feltételek és a jelen Záradék közötti eltérés esetén a Záradék, a Záradékban nem szabályozott kérdéseken a Biztosítási Feltételek irányadó(k).

A Biztosítási Feltételek azon rendelkezései, amelyek a Csoportos Balesetbiztosítás által fedezetbe nem vett kockázatokra vonatkoznak, a Csoportos Balesetbiztosítást illetően nem hatályosak, illetve azokra a Csoportos Balesetbiztosítás érvényesen ki nem terjeszthető.

A Biztosítási Feltételek következőkben felsorolt pontjai a Csoportos Balesetbiztosításra az alábbi eltéréssel alkalmazandók:

I. Alapvető meghatározások

I.1. Biztosított

A Csoportos Balesetbiztosítás biztosítottja a Lakossági Ügyfél Biztosított és Családi Csomag választása esetén a Lakossági Ügyfél Biztosított Közeli Hozzá tartozója is.

I.1.1. **Lakossági Ügyfél Biztosított** az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. azon, a Csoportos Balesetbiztosításhoz való csatlakozás idején a 73. életévét, a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában pedig a 75. életévét be nem töltött lakossági ügyfele, aki

- érvényes áramellátási egyetemes szolgáltatási szerződéssel rendelkezik, vagy
- érvényes áram kereskedelmi szolgáltatási szerződéssel rendelkezik az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt-vel
- a fogyasztási helyre nem rendelkezik előrefizetős mérővel
- folyószámla egyenlege a Csoportos Balesetbiztosításhoz való csatlakozása során nem mutat lejárt tartozást, és
- az általa tett csatlakozási nyilatkozattal kezdeményezte a Csoportos Balesetbiztosítás hatályának a kiterjesztését saját magára, mint Biztosítottra, illetve Család Csomag választása esetén a Közeli Hozzá tartozókra is.

I.1.2. **Közeli Hozzá tartozó** a Lakossági Ügyfél Biztosított házastársa, élettársa, egyenes ágbeli rokona, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője, valamint testvére, aki a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a 75. életévét még nem töltötte be.

I.1.3. A Csoportos Balesetbiztosításhoz a Lakossági Ügyfél Biztosított

- a Szerződő call centerén keresztül (rögzített telefonbeszélgetés során) telefonon, vagy
- a Szerződő internetes felületen megtett, vagy
- a Szerződő személyes értékesítést végző megbízottjának közreműködésével tett, vagy
- postai úton megküldött nyilatkozata alapján csatlakozik, melyet a Biztosító a biztosított jogviszony létrehozására alkalmas hatályos jognyilatkozatnak fogad el.

A Csoportos Balesetbiztosítás esetében a Biztosító a Biztosítási Feltételek biztosítottra vonatkozó I.1.1. pont a), b), c) és d) alpontjait nem alkalmazza.

A Biztosító és a Szerződő a Biztosítottak belépését a Csoportos Balesetbiztosításba a Polgári Törvénykönyv 6:442. § (3) bekezdésében biztosított jogukkal élve kizárják.

I.2. Kedvezményezett

A Csoportos Balesetbiztosítás szolgáltatásaira jogosult személy. A Biztosított halála esetén örököse, a Biztosított életében esedékes szolgáltatások esetén pedig maga a Biztosított a kedvezményezett. A Szerződő nem kezdeményezi és nem járul hozzá, hogy a Biztosított maga vagy örökösei helyett más kedvezményezettet jelöljön.

II. A Biztosító kockázatviselése

A Biztosító kockázatviselése a Csatlakozási Nyilatkozat megtételének napját követő nap 0.00 órájától kezdődik, kivéve a postai úton megküldött Csatlakozási Nyilatkozat esetén, ahol a kockázatviselés kezdete a Csatlakozási Nyilatkozat Szerződő általi érkezését követő nap 0:00 órája

A Biztosítottak biztosítási jogviszonyának tartama határozatlan, és a tartamon belül biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak 1 év, amely a kockázatviselés kezdetét követő hónap első napján veszi kezdetét.

III. A Biztosítási Szerződés és a Biztosító kockázatviselésének megszűnése

III.1. **Minden Biztosított** vonatkozásában megszűnik a Biztosító kockázatviselése, ha

- a) a Biztosító és a Szerződő a Biztosítási Szerződés közös megegyezéssel való megszüntetésében megállapodnak;
- b) a Szerződő a Biztosítási Szerződést - legkorábban annak hatályba lépésétől számított két év elteltét követően - bármelyik hónap végére felmondja;
- c) a Biztosító a Biztosítási Szerződést - legkorábban annak hatályba lépésétől számított két év elteltét követően - a biztosítási időszak utolsó napjára felmondja;
- d) a Biztosító vagy a Szerződő a Biztosítási Szerződést - a másik fél súlyos szerződésszegése esetén - azonnali hatállyal felmondja.

III.2. A Biztosítási Szerződés megszűnése esetén, a Biztosító kockázatviselése Biztosítottanként az utolsó díjjal fedezett díjfizetési időszak utolsó napján 24 órakor szűnik meg.

III.3. A Biztosító kockázatviselésének fenti III.1 pont szerinti megszűnése ellenére sem szűnik meg a Biztosítottak biztosítási jogviszonya, ha a Biztosító és a Szerződő megállapodnak abban, hogy a Biztosítási Szerződésből eredő jogokat és kötelezettségeket – ún. állomány-átruházás keretében - egy másik biztosítótársaság vállalja át, mely esetben a Biztosítottak biztosítási jogviszonya változatlan tartalommal marad hatályban azzal, hogy a Biztosító helyébe egy másik biztosítótársaság lép.

III.4. Az **egyes Biztosítottak** vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:

- a) Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított a Biztosítóhoz intézett és az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt címére eljuttatott írásbeli nyilatkozattal, a biztosítási időszak végére, a fordulónapot megelőző 30. napig a Csatlakozási Nyilatkozatának visszavonásával a biztosítási jogviszonyát felmondja.
- b) Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított távértékesítés útján – telefonon, vagy internetes felületen keresztül - csatlakozik a Csoportos Balesetbiztosítási Szerződéshez, és a csatlakozását követő 14. napig postára adott (postacím: 1439 Budapest, Pf. 700. vagy e-mailben: ugyfelszolgalat@mvm.hu) elküldött, a Szerződőhöz intézett nyilatkozatával visszavonja a csatlakozási nyilatkozatát, a visszavonó nyilatkozat hatályosulásával;
- c) Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított a fogyasztási helyen előfizetés mérőre tér át, az átállás hónapjának utolsó napján 24 órakor.
- d) Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított az biztosítási díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem fizette meg. Ennek tényéről az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt a Biztosítót az esedékességtől számított 30. nap 24. órájáig tájékoztatja.
- e) Ha a Lakossági Ügyfél Biztosított áramellátási egyetemes szolgáltatási szerződése az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt.-vel bármely okból megszűnik.
- f) Családi Csomag esetén a Közeli Hozzátartozó(k) vonatkozásában a Lakossági Ügyfél Biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnésével, kivéve, ha a biztosítás díját folyamatosan megfizetik, mely esetben az utolsó díjjal fedezett díjfizetési időszak utolsó napján 24 órakor;
- g) A Lakossági Ügyfél Biztosított 75. életévének betöltésével, az életkor betöltése hónapjának utolsó napján 24 órakor, de csak a Lakossági Ügyfél Biztosított vonatkozásában, mert Családi Csomag esetén a 75. életévüket be nem töltött Közeli Hozzátartozók vonatkozásában érvényben marad;

IV. Díjfizetés

A biztosítási díj megfizetésére a Lakossági Ügyfél Biztosított köteles, melyet a Szerződő számláz ki és szed be a jelen csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Lakossági Ügyfél Biztosítottaktól.

V. A Szerződés megújítása

A Csoportos Balesetbiztosítás határozatlan tartamára tekintettel a Biztosító a Biztosítási Feltételeknek a szerződés megújításra vonatkozó V. pontját nem alkalmazza.

VI. Elszámolás

A Csoportos Balesetbiztosításra a Biztosító a Biztosítási Feltételek elszámolásra vonatkozó VI. pontját nem alkalmazza. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozás történik.

A Biztosított a 24 órás telefonos orvosi asszisztencia szolgáltatást a +36 1 461- 1581-es telefonszámon veheti igénybe.

Általános Csoportbiztosítási Feltételek

I. ALAPVETŐ MEGHATÁROZÁSOK

I.1. A jelen feltételek alapján létrejövő szerződés (továbbiakban: Szerződés) keretében az CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) csoportos kockázati élet-, baleset-, betegség- és speciális szolgáltatású egészségbiztosításokat nyújt. A Biztosító a Szerződésben meghatározott kockázatra nyújt fedezetet, és a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény bekövetkezése után a Szerződésben meghatározott szolgáltatást teljesíti. Biztosítási szerződést az köthet, aki a biztosítandó személy(ek)hez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében – életkor elérésére, születésre vagy házasságkötésre szóló életbiztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésében – érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg. Az e rendelkezés ellenére kötött szerződés semmis.

Nem válik a Szerződés tartalmává bármely olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbiek alkalmazásában a Szerződésben nem állapodnak meg. Nem válik továbbá a Szerződés tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás akkor sem, ha a Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.

A Szerződés részét képezi:

- ▶ a jelen Általános Csoportbiztosítási Feltételek,
- ▶ a Speciális Feltételek, amelyek a jelen Általános Csoportbiztosítási Feltételek Függelékét képezik (I.3. pont),
- ▶ az Ajánlat, amely
- ▶ a Mellékletből (I.4. pont),
- ▶ a Biztosított Nyilatkozatból (I.6. pont),
- ▶ és az Adatközlőből (I.5. pont) áll,
- ▶ az Adatvédelmi tájékoztató csoportos biztosításokhoz nevű dokumentumból,
- ▶ továbbá a Szerződés létrejöttét igazoló Kötvény.

I.2. A Szerződés – a Szerződő írásbeli ajánlata alapján – a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre, mely megállapodás róla Biztosító fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: Kötvény) állít ki. A biztosítás alanyai:

I.2.1. Szerződő

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos biztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti.

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

I.2.2. Biztosított

Biztosított az lehet, akit a Szerződő az Adatközlőben – az I.5. pont szerint – biztosításra jelöl, és egyidejűleg megfelel az alábbiaknak:

- a) életkora 14 és 65 év között van;
- b) részére rokkantsági ellátást vagy rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg, illetve munkaképesség csökkenésének megállapítására irányuló kérelem elbírálása az illetékes magyar szakigazgatási szervnél nincs folyamatban;
- c) jogviszonya illetve egyéb kapcsolata a Szerződővel az Ajánlaton részletezettek szerint fennáll.
Ha a Szerződés bármilyen speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra a későbbiekben kiterjesztik, úgy
- d) a Szerződővel munkaviszonyban áll, vagy a Szerződő által kölcsönzött munkaerő.

A Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó teljes körű érvényességéhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ezen hozzájárulását a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozat kitöltésével és annak sajátkezű aláírásával teszi meg.

Amennyiben a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozatot nem írja alá, vagy az abban foglaltakhoz megfelelő formában nem járul hozzá, a Szerződés rá vonatkozóan létrejöhet, de abban a kedvezményezett-jelölés nem érvényes.

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

Ha a Biztosított életkora a 18 évet nem éri el, akkor a Szerződés megkötéséhez a törvényes képviselőt gyakorló szülő engedélye is szükséges.

I.2.3. Kedvezményezett

A Biztosított életében járó valamennyi biztosítási szolgáltatás kedvezményezettje maga a Biztosított, feltéve, hogy a Biztosítotti Nyilatkozatban erről másképp – a Szerződővel egyetértésben – nem rendelkezik.

A Biztosított halála esetén a szolgáltatás(ok) igénybevételére a Biztosítotti Nyilatkozaton erre írásban megjelölt – Szerződő által is elfogadott – kedvezményezett(ek) jogosult(ak). Amennyiben együttes kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a Biztosított örökösét/örököseit illeti(k) meg.

A kedvezményezés bármely szolgáltatás vonatkozásában a Szerződő és a Biztosított a Biztosítóhoz intézett egybehangzó nyilatkozatával változtatható meg.

A kedvezményezett jelölés hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghal. Gazdálkodó szervezet kedvezményezettként jelölése esetén a jogutód nélkül megszűnés jelenti a jelölés hatálytalanra válását. Amennyiben új kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg(ek) a Biztosított örökösét/örököseit, a Biztosított életében esedékes szolgáltatások pedig a Biztosítottat illeti(k) meg.

I.3. A Függelék tartalma

A Függelék tartalmazza azon biztosítási termékek Speciális Feltételeit (biztosítási események, biztosítási szolgáltatások, kiegészítő feltételek), amelyeket a Szerződő a Szerződés keretében választhat. A Speciális Feltételek csak az Általános Feltételekkel együttesen, és az egyértelmű felsorolásban szereplő kockázatokra és Biztosítottakra érvényesek.

I.4. A Melléklet tartalma

A Melléklet tartalmazza:

- a) azon csoportok meghatározását (munkakörök, besorolások, kapcsolatok stb.), amelyekre a Szerződő a Biztosítóval a Biztosítási Szerződés keretében biztosítást köt,

- b) az egyes csoportokhoz kapcsolódó biztosítási termékek felsorolását,
- c) kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó biztosítási összegek nagyságát az adott biztosítási termék(ek) szerint. A biztosítási összegek lehetnek azonos mértékűek (fixek), vagy bérarányosak, de adott csoporton belül szolgáltatásonként minden csoporttagra azonosnak kell lennie,
- d) speciális szolgáltatású egészségbiztosítások esetében az egyes csoportokra vonatkozó limiteket az adott biztosítási termék szerint,
- e) a biztosítási időszakok meghatározását,
- f) az Adatközlő adattartalmának meghatározását a díjszámítás és az elszámolás vonatkozásában,

A Melléklet tartalmazza továbbá azon záradékokat, amelyek a Biztosítási Szerződés fennállásának, megújításának, a Biztosító kockázatvállalásának, valamint az elszámolás módjának az Általános és Speciális Feltételektől eltérő, illetve azokat kiegészítő, közös megegyezéssel elfogadott szerződési feltételeit tartalmazzák.

I.5. Az Adatközlő tartalma

Az Adatközlő tartalmazza az egyes biztosításra jelölt személyek besorolását a Mellékletben megadott csoportokba, valamint a Biztosító által kért és a Mellékletben meghatározott szükséges adatokat.

I.6. A Biztosítotti Nyilatkozatok

A Biztosítotti Nyilatkozatok tartalmazzák a kedvezményezettek megjelölését és a biztosításra jelöltek (vagy törvényes képviselőt gyakorló szülőjük) beleegyező nyilatkozatait.

II. A CSOPORTOS BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS TARTAMA

II.1. A Szerződés a Szerződő által aláírt Ajánlat valamennyi elemének a Biztosítóhoz való beérkezését követően, a Mellékletben meghatározott nap 0. órájával lép hatályba, feltéve, hogy az Ajánlat utóbb a Biztosító által is elfogadásra kerül. Az Ajánlat kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult.

A Szerződés a kockázat-elbírálási határidő leteltével visszamenőlegesen akkor is létrejön, ha az Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

A Szerződés a Mellékletben meghatározott tartamra, ezen belül ugyancsak a Mellékletben definiált hosszúságú (legfeljebb egy éves) biztosítási időszakokra jön létre. Az első biztosítási időszak – az ajánlat aláírásának időpontjától függően – törtidőszak is lehet. A szerződéskötést követő minden biztosítási időszak első napja az aláírást követő hónap elseje, egyben a Szerződés fordulónapja (továbbiakban: fordulónap), egyben megszűnésének napja is, ha a felek a Szerződés feltételeiben a következő évre nem tudtak megállapodni.

II.2. A Szerződés minden biztosítási időszakra a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával, az előző időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével, az új időszakra esedékes szolgáltatások és díjak vonatkozásában megújítható (VI. fejezet).

III. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVÁLLALÁSA

III.1. A Szerződő vállalja, hogy biztosításra jelöli mindazon – az érdekkörébe tartozó – személyeket, akik megfelelnek az I.2.2. pontban meghatározott feltételeknek, és akik a Mellékletben meghatározott, biztosítani kívánt csoportokba tartoznak.

III.2. Az Ajánlatban közöltektől függően – a Mellékletben meghatározottak szerint – a Biztosító az egyes csoportokra vonatkozóan egészségi nyilatkozatot kérhet.

III.3. A Biztosítónak az Ajánlat kézhezvételétől, illetve a Szerződés hatályba lépését követően beléptetendő Biztosítottak esetében a biztosításra jelölés kézhezvételétől (III.7.) számított 15 napon belül jogában áll a biztosításra jelölt személyek vonatkozásában kockázatsúlyosbítást alkalmazni, kockázatviselésének mértékét korlátozni, illetve a kockázatvállalását megtagadni.

III.4. Azon Biztosítottak esetében, akikre vonatkozóan a Biztosító a Mellékletben meghatározottak szerint egészségi nyilatkozatot kért, a Biztosító a kockázat-elbírálás lezárását követően vállal fedezetet a III.3. pontban meghatározottak szerint.

III.5. A Biztosító a Szerződésben szereplő egyes biztosításokkal kapcsolatban várakozási időt köthet ki. A Biztosító a várakozási időt az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítja. A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.

III.6. A Szerződés megkötésekor azok esetében,

- ▶ akiket a III.1. pont alapján a Szerződő biztosításra jelölt,
- ▶ akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2.2. pont alatt definiált a)–c) pontokban foglaltaknak,
- ▶ akik – amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz – a Szerződés megkötésekor megfelelnek az I.2.2. pont d) pontban foglaltaknak,
- ▶ és akiket a Biztosító a III.3. pont alapján nem utasít el,

a Biztosító kockázatviselése – várakozási idő kivételével – a Szerződés hatályba lépésével (II.1. pont) kezdődik.

III.7. A Szerződés hatályba lépését követően biztosításra jelölt személy az azt követő nap 0. órájától válik biztosítottá, amikor

- ▶ a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli, és
- ▶ rá nézve a I.2.2. pont alatt definiált a)–c) feltételek teljesülnek, feltéve, hogy a III.3. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.

Amennyiben a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, a biztosításra jelölt személyeknek meg kell felelniük az I.2.2. pont alatt definiált d) pontban foglalt feltételeknek. Ilyen esetben az adott biztosításra jelölt személy az azt követő hónap 1. napjának 0. órájától válik biztosítottá, hogy a Szerződő őt a III.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli.

IV. A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

IV.1. A Szerződés megszűnik:

- a) a tartam végén, kivéve, ha a felek megállapodnak a Szerződés újabb határozott tartamra történő meghosszabbításáról a megújítási eljárás (VI. fejezet) szabályai szerint; vagy
- b) díjnemfizetés esetén az V.3., V.4. pontban foglaltak szerint; vagy
- c) ha a Szerződő jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával; vagy
- d) a biztosítási időszak végével, megújítási megállapodás (VI. fejezet) hiányában, ha a felek halasztásban (VI.3.) sem állapodtak meg; vagy
- e) a halasztási időszak végével a VI.3. pontban foglaltak szerint, ha a felek ugyan halasztásban megállapodtak, de megújítási megállapodás (VI. fejezet) nem jött létre.

A felek a d) és e) pontban foglaltakat a Szerződés közös megegyezéssel történő megszüntetésének tekintik. Abban az esetben, ha a Szerződés a b) pontban foglaltak szerint a díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a Szerződő a megszűnésnapjától számított százhusz napon belül írásban kérheti a Biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A Biztosító a biztosítási fedezetet a megszünt Szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy mind a korábban esedékessé vált, mind az eltelt időszakra járó biztosítási díjat a Szerződő megfizeti.

IV.2. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:

- a) ha a IV.1. pontban szereplő megszűnési ok bármelyike bekövetkezik, és a Szerződővel kötött Szerződés megszűnik;
- b) ha a Biztosítottra vonatkozóan az I.2.2. pont alatt definiált a)–b) feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának végével;
- c) ha a Biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy
 - ▶ kockázati élet-, baleset- és betegségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő nap 0. órájától;
 - ▶ speciális szolgáltatású egészségbiztosítás esetében a csoportokba tartozás megszűnését követő hónap 1. napjának 0. órájától;
- d) közlési kötelezettség megsértése esetén a IX.5. pontban foglaltak szerint;
- e) a Biztosított halálával.

IV.3. Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a biztosítási Szerződés fennállása során a Biztosító kockázatviselése az alábbiak szerint megváltozik: 50%-os vagy ezt meghaladó egészségkárosodás (rokkantság) miatti, rokkantsági vagy rehabilitációs ellátás megállapítását tartalmazó szakigazgatási határozat jogerőre emelkedésével az adott Biztosítottra vonatkozóan a fennálló kockázati élet, illetve baleseti halál esetére szóló biztosítás kivételével a többi biztosítás automatikusan megszűnik, függetlenül attól, hogy a határozat később módosításra, visszavonásra kerül-e vagy sem.

V. DÍJFIZETÉS

V.1. A Biztosító a csoportos biztosítás érvényes díját a vállalt kockázatok alapján a díjszabások szerint a Mellékletben rögzített biztosítási időszakokra vonatkozóan állapítja meg. Az első díj a Mellékletben meghatározott napon esedékes, a folytatólagos díjak pedig a biztosítási időszakok első napján esedékesek.

V.2. A szerződő felek részletfizetésben is megállapodhatnak. A részletfizetésnek megfelelő díjfizetési gyakoriságot a Melléklet tartalmazza. Az egyes díjrészletek mindig a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakok első napján előre esedékesek, bármely részlet elmaradása az egész időszakra eső díjat egy összegben teszi esedékessé.

V.3. A csoportos biztosítás díját az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj (díjrészlet) esedékességének megfelelően – egyösszegben kell megfizetni. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál (díjrészleténél) kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (V.4. pont).

V.4. Ha a Szerződő a csoportos biztosítás érvényes díját (díjrészletét) az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, és a Biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti, vagy a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

V.5. Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az adott biztosítási időszakra járó esetlegesen elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a kifizetésre kerülő szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.

V.6. Amennyiben a Szerződés a IV.1. c) pontban foglaltak miatt megszűnik és a Szerződő az időarányos díjnál több díjat fizetett be, úgy a Biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni. A díjtöbblet megállapítására rendkívüli elszámolás keretében kerül sor a VII. pontban leírtak szerint.

V.7. A Biztosító a teljes biztosítási időszakra járó díjat az első évben bírósági úton érvényesítheti. Ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a Szerződő a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.

V.8. Amennyiben a Szerződő a díjat – díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező – többes ügynöknek fizette – legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon – a Biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a Szerződő azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

VI. A SZERZŐDÉS MEGÚJÍTÁS

VI.1. A Szerződés megújítása, az új biztosítási időszakban érvényes szolgáltatásokra és díjra vonatkozó megállapodás az előző biztosítási időszakban bekövetkezett változások figyelembevételével. A soron következő biztosítási időszakra vonatkozó megújítás esetén (II.2. pont) a Szerződő a Mellékletben meghatározott időpontig köteles a Biztosító számára megújítási szándékát írásban jelezni, ehhez csatoltan pedig új Ajánlatot benyújtani. Az új Ajánlatnak a korábbi Ajánlattól való eltéréseket kell tartalmaznia.

VI.2. Az új Ajánlat valamennyi szükséges elemének kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult (III.3. pont). A kockázat-elbírálást követően az új Ajánlatnak a Biztosító általi írásbeli elfogadásával létrejön a szerződő felek megállapodása a Szerződés megújításáról, így az új érvényes díjről és biztosítási szolgáltatásokról is. A megújítási megállapodás a fenti határidő leteltével akkor is létrejön, ha az új Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

VI.3. Amennyiben a Szerződés megújításáról a fordulónapot megelőzően nem jön létre megállapodás, úgy a szerződő felek a fordulónapot megelőzően írásban megegyezhetnek az aktuális megújítás határidejének, egyben hatálybalépésének valamely egész hónappal történő elhalasztásáról.

Halasztás esetén, annak időtartama alatt a Biztosító szolgáltatásait a megelőző biztosítási időszakban érvényes biztosítási összeg(ek) szerint nyújtja. Ezen összeg(ek) és a Biztosító rendelkezésére álló, a Biztosítottakra vonatkozó információk alapján meghatározásra kerül a halasztás időszakára érvényes biztosítási díj, melynek megfizetése a halasztási időszak első napján előre és egyösszegben esedékes.

Amennyiben a halasztás időszaka alatt sem jön létre megállapodás a Szerződés megújításáról, úgy a Szerződés a halasztási időszak végével megszűnik.

VI.4. A halasztási időszak alatt létrejövő megújítási megállapodás szerinti érvényes díj első esedékessége megegyezik a megújítás hatályba lépésével, a további díj, illetve díjrészek pedig az V.1., illetve az V.2. pont szerint esedékesek.

VI.5. Ha a szerződéskötést követően a biztosítási Szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a Biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a Szerződés vagy az ennek részét képező Általános Feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a Szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen. Ha a Szerződő a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a Szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul.

A módosító javaslat Szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a Szerződés Biztosító általi felmondására.

VII. ELSZÁMOLÁS

VII.1. A Szerződő a fordulónapot követő 30 napon belül köteles a Biztosító számára az Adatközlő azon adatait megküldeni, amelyek a lezárult biztosítási időszakra vonatkoznak.

VII.2. A Biztosító az Adatközlő tartalma alapján, a kézhezvételtől számított 30 napon belül díjelszámolást küld a Szerződőnek a lezárult biztosítási időszakra vonatkozóan. Az elszámolás a lezárult biztosítási időszak során a Biztosítottak körében bekövetkezett változások miatti díjtúlfizetést, illetve díjmaradást tartalmazza. A Szerződő és a Biztosító a Mellékletben megállapodhatnak a biztosítási időszakon belüli elszámolásról is.

VII.3. A díjelszámolás pénzügyi rendezése annak a Szerződőhöz való megküldésétől számított 30 napon belül esedékes.

VIII. A BIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT JELENTŐS NÖVEKEDÉSE

VIII.1. Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a Szerződést érintő körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a Szerződés módosítására, vagy a Szerződést 30 nappal írásban felmondhatja.

VIII.2. Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

VIII.3. Ha a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése csak egyes Biztosítottakkal összefüggésben merül fel, úgy a Biztosító a VIII.1. és VIII.2. pontban leírtakat kizárólag az érintett Biztosított(ak) vonatkozásában gyakorolhatja.

IX. KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG ÉS MEGSÉRTÉSÉNEK KÖVETKEZMÉNYEI

IX.1. a) A Szerződő és a Biztosított a szerződéskötés és a Szerződés fennállása során köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a valóságnak megfelelően közölni a Biztosítóval, amelyet ismert vagy ismernie kellett, és amelyre vonatkozóan a Biztosító kérdést tett fel. A közlési kötelezettség a Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt terheli.

b) A Szerződő a Szerződés fennállása során köteles a következő lényeges körülményeket a bekövetkezésüket követő

első Adatközlőben a Biztosító tudomására hozni:

- ▶ amennyiben az illetékes magyar szakigazgatási szerv az adott Biztosítottra vonatkozóan határozatot hozott az I.2.2. b) pontban foglaltak vonatkozásában;
- ▶ amennyiben az adott Biztosított munkaviszonya szünetel az I.2.2. d) pont szerint (kizárólag abban az esetben, ha a Szerződés speciális szolgáltatású egészségbiztosítást is tartalmaz, vagy arra kiterjesztik).

IX.2. A Szerződő és a Biztosított kötelesek az általuk közölt adatok ellenőrzését a Biztosító részére lehetővé tenni.

IX.3. Közlési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító ismerte, illetve, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

IX.4. Amennyiben szerződői, vagy biztosított közlés alapján vagy annak hiányában a szükségesnél alacsonyabb biztosítási díj kerül megállapításra, úgy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási esemény bekövetkezésekor a tényleges díjfizetésnek a díjkalkuláció szerint megfelelő biztosítási összeg kerül kifizetésre. Ha a megállapított díj meghaladja a szükséges mértéket, úgy a díjtúlfizetés az elszámolás során beszámításra kerül.

IX.5. Ha a közlési kötelezettség megsértéséről a Biztosító a biztosítás fennállása alatt szerez tudomást, akkor a tudomására jutástól számított 15 napon belül a Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó módosítására javaslatot tehet, vagy a Biztosítottra vonatkozó Szerződést felmondhatja. Amennyiben a javaslatot a Szerződő 15 napon belül elfogadta, úgy a Szerződés az adott Biztosított(ak) vonatkozásában a Biztosító javaslata szerint módosul. Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, úgy az adott Biztosítottra vonatkozó Szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik.

IX.6. Élet- és egészségbiztosítási szolgáltatás tekintetében a közlési kötelezettségértés következményeit az adott Biztosított folyamatosan fennálló Szerződés első öt évében lehet alkalmazni, a közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha az adott Biztosítottra vonatkozó Szerződés létrejöttétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

X. KIZÁRÁSOK A KOCKÁZATVISELÉSBŐL, MENTESÜLÉSEK

X.1. A csoportos biztosítási Szerződés nem nyújt fedezetet azon eseményekre, amelyek bekövetkezése, illetve mértéke, súlyossága okozati összefüggésben van a következőkben felsoroltak bármelyikével:

- a) államok közötti fegyveres összeütközés, polgárháború, vagy más harci cselekmény;
- b) terrorizmus, terrorcselekmény;
- c) sugárfertőzés;
- d) a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete;
- e) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye;
- f) baleset és egészségbiztosítás esetén a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyos gondatlansága.

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

X.2. Amennyiben a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszti életét, a Biztosító az örökös részére fizeti ki a szolgáltatást, és abból a kedvezményezett akkor sem részesülhet, ha egyébként örökös volna. Amennyiben a Biztosított életében esedékes valamely szolgáltatásra nem a Biztosított jogosult, és a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartása következtében következik be, úgy a biztosítási szolgáltatásra a kedvezményezett helyett a Biztosított a jogosult.

X.3. Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárkifizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértené az ENSZ határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit, (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítottra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

XI. VEGYES RENDELKEZÉSEK

XI.1. A Biztosító teljesítésének feltételei kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítások esetében az alábbiak:

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztét – a szolgáltatás iránti igényel együtt – 30 napon belül kell a Biztosítóknak bejelenteni. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését 30 napon belül a Biztosítóknak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.

- b) A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás(ok) kifizetéséhez – a vonatkozó Speciális Feltételekben meghatározottakon kívül – az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:
- ▶ a szolgáltatás iránti igénybejelentés; a biztosítás adott Biztosítottra vonatkozó érvényességének és szükség esetén a díjfizetésnek az igazolása;
 - ▶ a kedvezményezettség megállapításához szükséges okirat, beleértve a Biztosított Nyilatkozatot, illetve kedvezményezett-jelölés hiányában az 1.2.3. pont szerinti kedvezményezett(ek)et igazoló okirat (jogerős közjegyzői végzés, öröklési bizonyítvány, bírósági ítélet);
 - ▶ hatósági eljárás esetén az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve ítélet, határozat.
- c) A Biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértéknek meghatározásához szükséges.
- d) A Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésének esedékességét a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult büntető- vagy szabálysértési eljárás jogerős befejezéséhez nem kötheti.
- e) A Biztosítottnak minden esetben joga van azonban olyan további bizonyítékok felmutatására, amelyeket – a bizonyítás általános szabályai szerint – követelésének érvényesítéséhez szükségesnek lát.
- f) A Biztosító szolgáltatásait az elbíráláshoz szükséges összes irat kézhezvételétől számított 30 napon belül köteles teljesíteni. A Biztosító a kifizetést forintban, illetve assistance szolgáltatás esetében természetben teljesíti.
- XI.2. A Biztosító szolgáltatásának általános szabályai azon biztosítások esetében, amelyek Speciális Feltételeiben erre a szakaszra hivatkozás történik:
- a) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Speciális Feltételekben meghatározott olyan orvosi és egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki, amelyeket a Biztosítóval szerződésben álló szolgáltatók (a továbbiakban: Egészségügyi Szolgáltató) nyújtanak.
- b) A Biztosítottnak a Biztosító által a Szerződésben foglaltak szerint nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosításra vonatkozó igényét a (+36) 1-461-1581 orvosi asszisztencia telefonszámon kell bejelentenie. A Szerződésben foglalt szolgáltatásoknak más úton történt bejelentése nem minősül elfogadható bejelentésnek, annak eredményeként szolgáltatás igénybe nem vehető.
- c) Az orvosi asszisztencia a Biztosító által nyújtott speciális szolgáltatású egészségbiztosítások alapja. Az orvosi asszisztencia napi 24 órában, megszakítás nélkül működő telefonos assistance szolgáltatás, melyen keresztül a Biztosított egészségügyi végzettségű személyzettől szakmai tanácsokat és egészségügyi szolgáltatásokkal, valamint közegészségügyi intézményekkel kapcsolatos információkat kérhet, továbbá a Szerződésben foglalt speciális szolgáltatású egészségbiztosításokkal kapcsolatban igényt jelenthet be. Az orvosi asszisztencia szolgáltatás nyújtója a Szerződésben szereplő speciális szolgáltatású egészségbiztosítások szervezője (a továbbiakban: Szolgáltatószervező).
- d) A biztosítási eseménynek minősülő és a Szolgáltatószervező által nyújtott egészségügyi szolgáltatások igénybevétele nem kell külön bejelenteni a Biztosítóknak.
- e) A Szolgáltatás nyújtása illetve megszervezése megtagadható, ha a Szerződésben, különösen az Általános és Speciális Feltételekben szereplő feltételek bármelyike (biztosítás hiánya, megszűnése, illetve mentesülés vagy kizárás) nem teljesül, vagy az esemény nem biztosítási esemény).
- f) A Szolgáltatószervező és a Biztosító nem vállal felelősséget akár javasolt, akár más, harmadik egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások szakmai minőségéért, illetve annak során esetleg a Biztosítottnak okozott károkért.
- g) A Biztosító a Szolgáltatószervezővel kötött megállapodás alapján jogosult megismerni akár a Biztosított igényének, akár a Szolgáltatószervező biztosítással kapcsolatos tevékenységének elbírálásához szükséges iratokat (ideértve a kiszervezési szerződésben, a biztosítási feltételekben meghatározott dokumentumokat, illetve hatósági eljárás esetén az azt megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve ítéletet vagy bírósági és más hatósági határozatot).

XI.3. A csoportos biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől, egyéb igény esetén esedékességüktől számított 2 év elteltével elévülnek.

XI.4. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások kockázati életbiztosításnak, illetve kiegészítő csoportos baleset- és egészségbiztosításnak minősülnek. Nem vásárolhatók vissza, nem díjmentesíthetők, és rájuk kölcsön sem igényelhető, megszűnésük esetén maradékjogok nem keletkeznek.

XI.5. A Szerződés hatálya alá tartozó biztosítások esetében az adott Biztosított vonatkozásában, az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken. Fedezetfeltöltésre lehetőség nincs. A Szerződő kérheti a teljes díj befizetésével a fedezet ismételt megadását.

XI.6. A Biztosító a Szerződőt évente írásban tájékoztatja a biztosítás aktuális állapotáról, valamint az Általános és Speciális Feltételek módosításáról.

XI.7. A kitöltött Biztosítotti Nyilatkozatoknak, valamint a Biztosítóhoz való minden bejelentésnek a Biztosítóhoz történő eljuttatása a Szerződő kötelessége. A Biztosító a biztosítási Szerződéssel kapcsolatos minden közlést a Szerződőhöz intéz. A Szerződő köteles a hozzá intézett nyilatkozatokról, a biztosítási Szerződés tartalmáról, az abban bekövetkező valamennyi változásról a Biztosítottakat tájékoztatni.

XI.8. A Szerződő a Szerződés aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződés körében a személyes és különös adatokat kezelje, és a 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban Bit) 135–150. 1. §-ai alapján azokat jogszerűen harmadik személynek átadja.

XI.9. A Szerződés megkötését megelőzően a Biztosító vagy annak megbízott közvetítője elvégezte a biztosítási igények felmérését, amelyre tekintettel a Szerződő életbiztosításokra vonatkozóan átvette a termékismertetőt, aláírásával hitelesítve.

XI.10. Adatkezelés

135. § (1) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

(3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

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

137. § Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

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

138. § (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,

- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
- t) a lábon álló növénykultúrára kötött mezőgazdasági biztosítási szerződésekben szereplő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal szemben, ha az a)–j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)–s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.
- (2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- (2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.
- (3) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (3a) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- (4) A biztosító vagy a viszontbiztosító az (1) és (6) bekezdésekben, a 137. §-ban, a 140. §-ban és a 141. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- (5) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- (6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerral visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerral visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

- b) a Btk.-ban 2025. június 15-ig hatályban volt új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, vagy
- c) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, tudatmódosító anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (6a) A Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 69. § (3) és (4) bekezdésében, a Nemzeti Adó- és Vámhivatalról szóló 2010. évi CXXII. törvény 58. § (3) bekezdésében vagy a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) 262. § (3)–(5) bekezdésében meghatározottak szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy a viszontbiztosító az ügyészség engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni. A Be. 262/A. §-a szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy viszontbiztosító az ügyészségnek az ügyfélre vagy a biztosítási szerződésre vonatkozó külön engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni.
- (7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- (8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
- (9) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.
139. § A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.
- 139/A. § A törvényben meghatározott feladatok hatékony teljesítése érdekében a biztosító vagy a viszontbiztosító a nyomozó hatósággal vagy az ügyészséggel együttműködési megállapodást köthet.
140. § (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
- a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
- (2) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
141. § (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
142. § (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.
- (3) A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

143. § (1) A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

(2) A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

(3) E törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

(4) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

(5) A biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig

a) az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére,

b) azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési feltételekről az elhunyt biztosított közeli hozzátartozója részére – annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltatathat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja.

(6) A közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő – (5) bekezdés szerinti – adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

147. § (1) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

(2) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

(3) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban és az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényben foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

9. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse is gyakorolhatja.

10. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével törölni kell.

11. A Biztosító adatai

11.1. A CIG Pannónia Életbiztosító Nyilvánosan működő Részvénytársaság.

A társaságot a Fővárosi Törvényszék Cégbíróság a 01 10 045857 szám alatt tartja nyilván.

Adószám: 14153730-4-44

A társaság székhelye: 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület

1.2. Ügyfélszolgálat:

Telefonszám: +36 1 5 100 200

e-mail cím: ugyfelszolgalat@cig.eu

Ügyfélszolgálat címe: 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület földszint

1.3. A Biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés kötelező tartalma a Biztosító honlapján (www.cigpannonia.hu) tekinthető meg.

Nem válik a jelen szerződés tartalmává bármely olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbiek alkalmazásában a jelen szerződésben nem állapodnak meg. Továbbá nem válik a szerződés tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás, amennyiben a jelen szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.

12. A Biztosító felügyeleti szerve: A 2013. évi CXXXIX. törvény (MNBtv.) rendelkezései alapján a biztosítótársaságok állami felügyeletét a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina körút 55.) látja el.

13. Panaszok bejelentése, jogorvoslat

13.1. A Biztosító vagy függő biztosításközvetítő ügynöke magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- ▶ személyesen írásban vagy szóban a Biztosító Ügyfélszolgálatán nyitvatartási időben; 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. Népliget Center Irodaház, B épület földszint,
- ▶ elektronikus levélben a panasz@cig.eu e-mail címre küldött üzenetben,
- ▶ telefonon: +36 1 / 5 100 200 telefonszámon, nyitvatartási időben,
- ▶ telefaxon: +36 1 237 2021 fax számra küldött telefax útján,
- ▶ postai úton: a 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11., B épület címre, vagy 1476 Budapest, Pf. 325. postafiók címre küldött levél útján.

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezést is. A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.cigpannonia.hu/ugyfeleinknek/panaszkezeles honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a Biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is. A Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszost 30 napon belül értesíteni.

13.2. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

A panasz legalább részbeni elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak minősülő Ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat:

- a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz (MNB) fordulhat (ügyfélszolgálati cím: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; tel: +36-80-203-776; internetes elérhetőség: www.mnb.hu/fogyasztovedelem; e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu),
- b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT) előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172; telefon: +36-80-203-776; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu), vagy
- c) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat,
- d) amennyiben a panasz a vonatkozó adatvédelmi rendelet (GDPR) alapján adatkezeléssel összefüggő tájékoztatás, helyesbítés, zárolás vagy törlés adatkezelő általi megtagadásával függ össze, a Nemzeti Adatvédelmi és Információ Szabadság Hatóság előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: 1530 Budapest, Pf.:5., telefon: +36-1-391-1400, e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu).

13.3. A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy a fogyasztónak minősülő Ügyfél a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a Biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését. A fogyasztónak minősülő ügyfél a PBT, illetve az MNB előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló "Kérelem" nyomtatvány megküldését igényelheti a Biztosítótól. A nyomtatványt a Biztosító igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton haladéktalanul megküldeni köteles.

13.4. A panasz legalább részbeni elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak nem minősülő ügyfél a Polgári Perrendtartás szabályai szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

13.5. A PBT egyezség hiányában az ügy érdemében kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a biztosító a PBT döntését magára nézve kötelezőként elismerte.

Speciális Csoportos Biztosítási Feltételek Baleseti halál esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező halálos kimenetelű balesete. Jelen biztosítási feltétel szerint baleset a szerződés hatálya alatt a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosított a balesetet követő 1 éven belül meghal. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás, foglalkozási betegség (ártalom), fagyás és a napszúrás nem minősül balesetnek.

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget fizeti ki.

3. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a kedvezményezett szándékos, illetve a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

- a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,5l ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés-rendészeti szabályt is megszegett, vagy
- c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
- d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.

4. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:

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

5. A jelen balesetbiztosításra a Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Speciális Csoportos Biztosítási Feltételek

Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás esetére szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

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

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

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összegnek az egészségkárosodás fokával megegyező százalékát fizeti ki.

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

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

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

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

4. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, vagy nem ép testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva.
5. A Biztosító szolgáltatásait a táblázatban felsorolt esetekben az elbíráláshoz szükséges iratok beérkezésétől számított 30 napon belül teljesíti. Egyéb esetekben a baleset utáni maradandó egészségkárosodás mértéke általában egy év elteltével, legkésőbb azonban 2 évvel a baleset után kerül megállapításra.
6. A baleseti maradandó egészségkárosodási szolgáltatások esetében egy Biztosítottra vonatkozóan a kifizetett szolgáltatások összesített százalékos mértéke nem haladhatja meg a 100%-ot, függetlenül az egészségkárosodást előidéző balesetek, illetve sérülések számától.
7. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha
 - a) az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
 - b) az a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben következett be, és mindkét esetben a biztosított más közlekedés-rendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - c) az a Biztosított kábító vagy bódító hatású anyag, vagy egyéb vegyi anyag bódítószerként történő használatával kapcsolatos befolyásoltsága alatt, vagy azzal összefüggésben történt, vagy
 - d) a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet megfelelő engedély nélkül végzett.
8. A Szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a Biztosítóhoz:
 - a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi igazolások.
9. A jelen balesetbiztosításra a Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Speciális Csoportos Biztosítási Feltételek Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó – és jelen kockázatra is kiterjedő – kockázatviselésének hatálya alatt történt balesete következtében a Biztosítotton a kockázatviselés hatálya alatt orvos által elvégzett és orvosilag indokolt műtét. Jelen biztosítás szempontjából műtéten olyan terápiás célú sebészeti eljárást kell érteni, amelyet kórházban (lásd 3. pont), az érvényes orvos-szakmai szabályok betartásával végeznek, és szerepel a mellékelt Műtéti táblázatban felsorolt műtétek, illetve sebészeti beavatkozások között, és a beavatkozás ugyanott nem kerül kizárásra.

Jelen biztosítási feltételek alkalmazása szempontjából baleset a Biztosított akaratától függetlenül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében a Biztosítotton 3 hónapon belül orvosilag indokolt műtétet végeznek. E biztosítás szempontjából a megemelés, rándulás nem minősül balesetnek.

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

2. Biztosítási szolgáltatás

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

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozóan műtéti térítést fizet. A műtéti térítés összege a Biztosítotton végrehajtott műtéti eljárás kategóriájához tartozó – a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó – biztosítási összeg.

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

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

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

A Biztosító a szolgáltatás teljesítését a Biztosítottnak a Biztosító orvosa által történő felülvizsgálatához kötheti.

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

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

4. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

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

5. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

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

6. A jelen balesetbiztosításra a Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Speciális Csoportos Biztosítási Feltételek

Baleseti eredetű kórházi ápolás esetére szóló, napi térítést nyújtó biztosítás

1. Biztosítási esemény

A Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének hatálya alatt bekövetkező balesete, amely a Mellékletben meghatározott tartamot elérő, illetve azt meghaladó, folyamatos kórházi ápolását idézi elő. A tartam választható, ennek rögzítésére a Mellékletben kerül sor.

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

2. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a baleset időpontjában aktuális, Mellékletben és Adatközlőben meghatározott, az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget minden kórházi ápolási napra kifizeti.

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

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

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

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

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

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

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

6. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltételek X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetet a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta. A baleset akkor minősül súlyosan gondatlanul okozottnak, ha

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

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

8. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltételek XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

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

9. A jelen balesetbiztosításra a Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Speciális Csoportos Biztosítási Feltételek Kiegészítő balesetbiztosítás költségtérítésekre

1. Biztosítási esemény

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

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

2. Baleseti költségek

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

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

3. Biztosítási szolgáltatás

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megtéríti a jelen feltételek 2. bekezdésében meghatározott, számlával igazolt költségeket a baleset időpontjában meghatározott és a Mellékletben foglalt biztosítási összeg erejéig a jelen Speciális Feltételekben és a Mellékletben meghatározottak szerint. Egyazon baleset kapcsán felmerülő költségeket ezen biztosítás alapján a Biztosító csak egyszer térít.

4. A Biztosító teljesítésének feltételei

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

5. A Biztosító szolgáltatása az Általános Feltétel X. pontjában meghatározottakon kívül nem kerül kifizetésre, ha bizonyítást nyer, hogy a balesetet a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta. A baleset akkor minősül súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak, ha

- az a Biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék, illetve annál magasabb véralkoholszint) közvetlen okozati összefüggésben következett be, vagy
- azt a Biztosított jogosítvány nélküli, vagy ittas gépjárművezetése közben elkövetett közlekedési szabálysértése során szerezte, vagy
- a biztosítási esemény bekövetkeztében a Biztosított által nem orvosi javallatra, illetve nem az előírt adagolásban szedett gyógyszer, altató-, vagy nyugtatószer, vagy
- kábító- vagy bódító szer hatása, vagy egyéb vegyi anyagok bódító szerként való használata, vagy e) engedélyhez kötött

6. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az Általános Feltétel XI/1. pontjában megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatni a Biztosítóhoz:

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

7. A jelen balesetbiztosításra a Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett.

Speciális Csoportos Biztosítási Feltételek

Orvosi asszisztencia szolgáltatás

1. Biztosítási szolgáltatás

A Biztosító jelen szolgáltatást kiszervezett tevékenységként, külső szolgáltatóval (a Szolgáltatósszervezővel) együttműködve nyújtja. A Szolgáltatósszervező jelen biztosítás keretében folyamatosan (heti 7 napban, napi 24 órában) fogadja a Biztosítottak telefonhívásait, és ezek során magyar nyelven és a belföldi (magyar) viszonyoknak megfelelően az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- ▶ felvilágosítás ad a közegészségügyi intézmények (kórházak, rendelőintézetek, házi- és gyermekorvosi rendelők) elérhetőségéről, rendelési idejéről,
- ▶ felvilágosítás ad az ismert gyógyszertárak elérhetőségéről és nyitvatartási idejéről,
- ▶ telefonos orvosi tanácsadást nyújt gyógyszerek összetételével, alkalmazhatóságával, mellékhatásaival és helyettesíthetőségével kapcsolatban,
- ▶ felvilágosítás ad és szolgáltatósszervezés nyújt az adott szerződő által a CIG Pannónia Csoportos Biztosítások keretében megkötött speciális szolgáltatású betegségbiztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatban a szolgáltatásokra vonatkozó Speciális Feltételek keretei között.

2. Jelen biztosítás az Általános Feltételek I.1-es pontja szerint speciális szolgáltatású egészségbiztosításnak minősül.
3. A fenti szolgáltatások igénybevételéhez a Biztosítottnak a telefonhívás során azonosító adatokat kell megadnia, amelyek alapján a Szolgáltatásszervező ellenőrzi az igénybevétel jogosultságát.
4. A Biztosító és az Egészségügyi Szolgáltató nem tartozik felelősséggel a jelen szolgáltatás keretében kapott orvosi vélemény, tanács felhasználásáért. A szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem helyettesítik a személyes orvosi vizsgálatot.
5. A jelen biztosításra a Csoportos Biztosítások Általános Feltételei érvényesek a fenti kiegészítések mellett, különös tekintettel az Általános Feltételek XI.2-es pontjára.