



OTTHON HARMÓNIA CSOPORTOS KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS BIZTOSÍTÁSI TERMÉKISMERTETŐ

A társaság: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

A termék: MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. lakossági ügyfeleinek kínált csoportos kockázati biztosítás

A jelen termékismertetőben foglalt tájékoztatás nem teljes körű. A termékre vonatkozó teljes körű, csatlakozás előtti és szerződéses tájékoztatás a Biztosítási Feltételekben található.

Milyen típusú biztosításról van szó?

Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. lakossági ügyfeleinek kínált, csoportos kockázati biztosítás, mely alapján a Biztosító a Biztosított halála esetén teljesít szolgáltatást.



Mire terjed ki a biztosítás?

✓ Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt baleset vagy betegség miatt bekövetkezett halála.

A Biztosító biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény típusa és bekövetkezésének a kockázatviselés kezdetéhez viszonyított időpontja alapján az alábbi összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére:

Bekövetkezés időpontja a kockázatviselés kezdetéhez képest	Biztosítási esemény típusa	
	Baleseti eredetű	Betegségi eredetű
1–6. hónap	Biztosítási összeg	Várakozási idő, Befizetett díjak visszatérítése
7. hónaptól	Biztosítási összeg	Biztosítási összeg

Választható biztosítási összegek:

- 1 millió Ft
- 2 millió Ft
- 4 millió Ft

Amennyiben a Szerződő ügyfele és annak házastársa/élettársa is csatlakozik Biztosítottként a biztosítási szerződéshez, úgy mindkettőjükre ugyanaz a biztosítási összeg vonatkozik.



Mire nem terjed ki a biztosítás?

Amennyiben a bekövetkező biztosítási esemény a Biztosítási Feltételekben rögzített kizárt kockázat, a Biztosító a biztosítási esemény típusától és bekövetkezésének időpontjától függetlenül szolgáltatást nem teljesít.

A Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki különösen az alábbi esetekre:

- X terrorcselekményben, harci cselekményben való részvétel;
- X ittas állapottal vagy kábítószer, kábító hatású anyag fogyasztásával okozati összefüggésben bekövetkező események;
- X ittas járművezetés;
- X járművezetés kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt;
- X atomenergia, illetve ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási események;
- X a Biztosított HIV- (AIDS-) vírus-fertőzöttségével összefüggő események;
- X gépi erővel hajtott szárazföldi, légi, vízi járműben történő versenyzés, edzés következtében bekövetkező események;
- X a repülő eszközök használatából eredő biztosítási eseményekre (kivéve polgári utasként elszenvedett biztosítási esemény).

A kizárások teljes listája a Biztosítási Feltételekben található.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A Biztosító szolgáltatást legfeljebb a Biztosított 75 éves koráig teljesít.

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha:

- ! a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét;
- ! a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben halt meg,
- ! a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg, függetlenül attól, hogy azt a Biztosított tudatzavarban követte el.

Várakozási idő

A betegségi eredetű biztosítási események vonatkozásában a Biztosító 6 havi várakozási időt köt ki, amely a kockázatviselés első napjától kezdődik. Ha a betegség eredetű biztosítási esemény a várakozási idő alatt következik be, a Biztosító befizetett díjakat téríti vissza. A Biztosító nem alkalmaz várakozási időt, ha a biztosítási esemény baleset következménye.

A korlátozásokra vonatkozó valamennyi rendelkezés a Biztosítási feltételekben található.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítás a Föld valamennyi országában bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Közlési és változásbejelentési kötelezettség.
- A Szerződőnek díjfizetési, valamint a Biztosítottak felé tájékoztatási kötelezettsége van.
- A Biztosított a Szerződő által rá áthárított díjat a Szerződő részére, az energiaszámlába beépítve, azzal együtt köteles megfizetni.
- Kedvezményezettként a biztosítási esemény bekövetkezése esetén kárbejelentési, ezzel kapcsolatosan felvilágosítási és információadási kötelezettség a Biztosító felé.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A biztosítási díj havi rendszeres díjfizetésű, minden hónap első napjától az adott hónap utolsó napjáig terjedő egy hónapos időszakokra vonatkozik.

A biztosítási díj Biztosítottra jutó része első alkalommal a kockázatviselés kezdetének napján esedékes. A Biztosított a Szerződő által rá áthárított díjat a Szerződő részére, az energiaszámlába beépítve, azzal együtt köteles megfizetni.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A kockázatviselés az egyes Biztosítottakra a Csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő második hónap első napján 0 órakor kezdődik.

A Biztosító kockázatviselése megszűnik:

- ha a Biztosítottnak a Szerződővel kötött, energiaszolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik;
- ha a Biztosított és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi energia- szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre;
- a Biztosított halálának napján;
- a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amelyben a Biztosított a 76. életévét betöltötte;
- a Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása esetén (ld. Távértékesítési tájékoztató);
- a Biztosított biztosítotti jogviszonyának Biztosított általi rendes felmondása esetén;
- a Biztosított biztosítotti jogviszonyának Biztosító általi rendes felmondása esetén;
- az áthárított biztosítási díj - a Szerződő által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére, az azokban foglalt póthatáridőben történő – Biztosított, illetve házastárs/élettárs esetén a Szerződő ügyfele általi megfizetésének hiányában.

A kockázatviselés megszűnésére vonatkozó valamennyi rendelkezés a Biztosítási feltételekben található.



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

- a Biztosított Szerződőhöz intézett írásbeli (e-mailben vagy postán) nyilatkozatával az aktuális biztosítási időszak végére;
- a Biztosított biztosítotti jogviszonyának jogviszonyának - Távértékesítési tájékoztató szerinti - azonnali hatályú felmondásával.

**Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt.
és a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. között létrejött
Otthon Harmónia CSOPORTOS KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI**

Jelen Biztosítási Feltételek – ellenkező szerződéses kikötések hiányában a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: „**Biztosító**”) és az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (továbbiakban: „**MVM Next**” vagy „**Szerződő**”) között létrejött, az Otthon Harmónia csoportos kockázati életbiztosítási szerződésre (a továbbiakban: „**Csoportos Biztosítási Szerződés**”, meghatározását ld. az alábbi 1.4. pontban) érvényesek.

Csoportos biztosításoknál nem határozzák meg előre zártan és pontosan (név szerint) a biztosított kört, annak megállapítása, hogy ki minősül Biztosítottnak, valamely csoporthoz (szervezethez) való tartozás, a Biztosítottak és a Szerződő fél között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat alapján történik.

A Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott Biztosítottak szempontjából a biztosítási jogviszony az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – dokumentumokon alapul, amelyek együttesen képezik a biztosítási jogviszony dokumentációját:

- a) a Csatlakozási nyilatkozat,
- b) a biztosítási jogviszony létrejöttét igazoló visszaigazolás a csatlakozásról,
- c) Általános Ügyfél-tájékoztató, amely tartalmazza az Adatkezelési tájékoztatót (a továbbiakban: „**Általános Ügyfél-tájékoztató**”),
- d) Biztosítási Feltételek, amelynek részét képezik a termékspecifikus ügyfél-tájékoztató elemei,
- e) Biztosítási termékismertető,
- f) Távértékesítési tájékoztató,
- g) Biztosításközvetítői tájékoztató.

Nem válik a Csoportos szerződés, illetve a biztosítási jogviszony részévé a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű biztosítási jogviszony alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

A Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: „**Ptk.**”) rendelkezéseitől és a szokásos szerződési gyakorlattól eltérő rendelkezések dőlt betűvel szedettek.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: „**Bit.**”) 152. §, valamint 4. számú melléklete szerinti ügyfél tájékoztatásnak megfelelő – a külön dokumentumként a biztosítási szerződés részét képező Általános Ügyfél-tájékoztató által nem tartalmazott – rendelkezések **félkövér** betűvel szedettek. A félkövér betűvel szedett rendelkezések, valamint az Általános Ügyfél-tájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet

a jelen Biztosítási Feltételek 1.1., 3., 4.5., 4.6., 5.2., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 15.1., 15.3., 16., 17., 18., 19., 20.3. és 20.4. pontjaira.

A Biztosító jelen biztosítási terméket tanácsadás nélkül értékesíti. A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő Csoportos Biztosítási Szerződés nem fogyasztói szerződés.

1. Fogalommeghatározások

1.1. Baleset: jelen Biztosítási Feltételek szempontjából balesetnek minősül az emberi szervezetet ért, a Biztosított akaratától függetlenül, egyszeri, és hirtelen fellépő/bekövetkező külső behatás (mechanikai, elektromos vagy vegyi), amely sérülést vagy mérgezést vagy más testi károsodást eredményez, amely azonnali klinikai, anatómiai és funkcionális károsodás jeleit mutatja, valamint akut (3 napon belüli) szakorvosi ellátást tesz szükségessé. A kialakult sérülés (károsodás) a balesettel közvetlen oksági összefüggésben van bizonyíthatóan, és egy éven belül halált, átmeneti vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre. **Az emberi szervezeten belül - külső behatás nélkül - hirtelen bekövetkező károsodás (pl. rándulás, ficam, szakadás, húzódás, roppanás stb.), továbbá rosszul megtett lépésből eredő károsodás nem minősül balesetnek.**

1.2. Betegség: az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a Biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.

1.3. Csatlakozási nyilatkozat: a Biztosított, illetve házastárs/élettárs esetén annak felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele által telefonon vagy online tett nyilatkozat, amelynek keretében a Biztosított, illetve házastárs/élettárs esetén a Szerződő ügyfele hozzájárul ahhoz, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződés rá, illetve házastárs/élettárs esetén a házastársára/élettársára, mint biztosítottra kiterjedjen és a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat rá áthárítsa, egyben vállalja a biztosítási díj megfizetését.

1.4. Csoportos Biztosítási Szerződés: az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., mint Szerződő és a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., mint Biztosító között a Szerződővel annak szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személyek és házastársuk/élettársuk, mint Biztosítottak javára létrejött kockázati életbiztosítási szerződés.

1.5. Életbiztosítási díjtartalék: a Biztosító a befizetett biztosítási díjból a jövőbeni kötelezettségei teljesítése érdekében díjtartalékot képez a hatályos jogszabályoknak megfelelően. A Biztosító a díjtartalék mindenkor összegét biztosítási szerződésenként nyilvántartja és befekteti. A díjtartalék, valamint az annak befektetéséből származó befektetési hozam képezi az alapját a mindenkor visszavásárlási összegnek, díjmentesen leszállított biztosítási összegnek és a technikai kamat felett elért befektetési hozamból jóváírt többlethozamnak.

1.6. Előzménybetegség: a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt bekövetkező biztosítási eseménnyel összefügg.

1.7. Szerződő ügyfele: a Szerződéssel a Szerződővel a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy.

1.8. Távértékesítés: A távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény alapján távközlő eszköz alkalmazásával létrejövő ügyletkötés.

1.9. Technikai kamatláb: az a kamatláb, amellyel a Biztosító az élet- és betegségbiztosítási díj és díjtartalék, és a balesetbiztosítási és felelősségbiztosítási járadékartalék megállapításakor kalkulál, amelynek maximális mértékét jogszabály állapítja meg.

2. A Csoportos Biztosítási Szerződés létrejötte, a biztosítási jogviszony alanyai

2.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jött létre.

2.2. A Szerződő az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (székhelye: 1081 Budapest II. János Pál Pápa tér 20., cégjegyzékszám: 01 10 140263), amely a Biztosítóval a Csoportos Biztosítási Szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat a Biztosítónak közvetlenül megfizeti (biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Biztosított, illetve házastárs/élettárs esetén a Szerződő ügyfele által a Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – a Szerződő áthárítja a Biztosítottra, illetve házastárs/élettárs esetén a Szerződő ügyfelére. A díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 11. pont rendelkezéseit). Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. a Biztosítottra vonatkozó biztosított jogviszony létrejövetelkor a Biztosító függő biztosításközvetítőjeként jár el.

2.3. Biztosított

2.3.1. Biztosított a

- (i) a Szerződő ügyfele,
- (ii) a Szerződő ügyfelének csatlakozása mellett továbbá felhatalmazása alapján házastársa/élettársa,
- (iii) a Szerződő ügyfele csatlakozásának hiányában továbbá felhatalmazása alapján Szerződő ügyfelének házastársa/élettársa.

2.3.2. A Biztosítottá válás feltételei:

- (iv) a Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott,
- (v) öt erre való tekintettel a Szerződő a Biztosítónak lejelenti, mint Biztosítottat és
- (vi) akire vonatkozóan a Szerződő a biztosítási díjat megfizeti és
- (vii) aki a kockázatviselés kezdetekor a 35. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 65. életévét.

2.3.3. A Biztosítottá válás további feltétele a 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban megjelölt személyek esetén, hogy a Biztosított kizárólag olyan a 2.3.2. pontban felsorolt feltételeknek megfelelő természetes személy lehet, akinek a bejelentett lakcíme megegyezik a Szerződő ügyfelének bejelentett lakcímeivel.

2.4. Kedvezményezett: a Biztosított által ekként megjelölt személy, akit erre való tekintettel a Szerződő a Biztosítónak lejelenti, mint Kedvezményezettet, ilyen személyek hiányában vagy ha a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, a Biztosított örököse. A Kedvezményezett kijelölése történhet a Csatlakozási nyilatkozat megtételével egyidejűleg tett nyilatkozattal, valamint a biztosítás tartama alatt a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor a Biztosított által a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak az mvm@cig.eu e-mail vagy az 1476 Budapest, Pf. 325. címre eljuttatott írásbeli nyilatkozattal. A biztosítási esemény bekövetkezéséig a Biztosított a kedvezményezett kijelölését ugyanilyen formában visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha a kijelölt Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik, úgy a Kedvezményezett jelölés hatályát veszíti.

2.5. Biztosító: a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (Székhely: 1097 Budapest Könyves Kálmán körút 11. „B” ép., Cégjegyzékszám: 01 10 045857), amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a biztosítási szolgáltatást teljesíti.

3. A biztosítási szerződés alanyainak jogi és kötelezettségei

3.1. A Szerződő köteles (1) a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint (2) a Biztosító által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási Szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni a Biztosítottakat, (3) a biztosítási díjat a Biztosítónak közvetlenül megfizetni.

3.2. A Szerződő az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét – a Biztosított, illetve házastárs/élettárs biztosított esetén a felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele által a Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra, illetve házastárs/élettárs Biztosított esetén a Szerződő ügyfelére.

3.3. A Biztosított, illetve házastárs/élettárs biztosított esetén a Szerződő ügyfele köteles a Szerződő részére megfizetni a Szerződő által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj áthárítására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 11. pontban).

3.4. A Szerződő és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljesszűrt megválaszolni.

3.5. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket – a Biztosított a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor – ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

3.6. A Szerződő és a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítónak 5 napon belül írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a csatlakozás során írásban kérdést tett fel. Lényeges körülmény továbbá az is, amire a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként történő csatlakozás során írásban, szóban vagy online formában kérdést tett fel.

3.7. A közlésre és a változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.

3.8. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén (ideértve a szándékosan valótlan tartalmú Csatlakozási nyilatkozat tételét is) a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés megkötésekor, illetőleg a Biztosított csatlakozásakor ismerte,

vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. A közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértésére a Biztosító csak az adott (közlési- vagy változásbejelentési kötelezettségét elmulasztó) Biztosítottal szemben, illetve ezen Biztosítottra vonatkozó biztosítási eseménnyel kapcsolatban hivatkozhat.

3.9. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a Biztosított Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásától, illetve a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

3.10. A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.

3.11. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit.-ben foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.

3.12. A Csoportos Biztosítási Szerződés feltételeit kizárólag a Szerződő és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.

3.13. A Biztosítottakat kizárólag a biztosítotti jogviszonyuk azonnali hatályú felmondásának (ld. a 9.1.1. pontban) és rendes felmondásának (ld. a 9.1.2. pontban) joga illeti meg.

3.14. A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a Csoportos Biztosítási Szerződésbe történő belépésnek, (2) a Csoportos Biztosítási Szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosítotti jogviszonyukra vonatkozó Biztosítási Feltételek módosításának a joga.

4. A Biztosított csatlakozása a Csoportos Biztosítási Szerződéshez

4.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik.

4.2. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy ügyfelei, mint Biztosítottak az általuk, illetve házastárs/élettárs biztosított esetén – a házastárs/élettárs felhatalmazása alapján – a Szerződő ügyfele által nevében – a 4.5. pontban részletezett módon – tett Csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.

4.3. A házastárs/élettárs Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként való csatlakozásának nem feltétele a Szerződő ügyfelének Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként való csatlakozása.

4.4. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez új Biztosított annak tartama alatt bármikor csatlakozhat jelen Biztosítási Feltételekben foglalt feltételekkel.

4.5. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozás az alábbiakban felsorolt módokon lehetséges:

4.5.1. rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli Csatlakozási nyilatkozat útján;

4.5.2. a Szerződő honlapján, online módon tett Csatlakozási nyilatkozat útján.

4.6. A Szerződő a Csatlakozási nyilatkozat megtételét követően a csatlakozásról:

4.6.1. szóbeli Csatlakozási nyilatkozat esetén a Biztosított által választott kommunikáció módjának megfelelően postai vagy elektronikusan úton,

4.6.2. online tett Csatlakozási nyilatkozat esetén elektronikusan úton

írásbeli visszaigazolást (a továbbiakban: „**írásbeli visszaigazolás**”) küld a Biztosítottnak a biztosítási jogviszony létrejöttéről való igazolásként, amelyhez mellékel a jelen Biztosítási Feltételeket, a Biztosítási Termékismertetőt, a Távértékesítési tájékoztatót, a Biztosításközvetítői tájékoztatót, az Általános Ügyfél-tájékoztatót és az annak részét képező Adatkezelési tájékoztatót.

4.7. A Biztosító a Biztosított Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozása során egészségi kockázatelbírálást nem alkalmaz.

5. A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

5.1. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, amely biztosítási időszakokra oszlik.

5.2. Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási időszak 1 hónap.

5.2.1. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés kezdete naptári hónapjának utolsó napjáig tart.

5.2.2. Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik, és ugyanazon hónap utolsó napján 24 órakor ér véget.

6. Területi hatály

6.1. A Biztosító kockázatviselése a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki.

6.2. A Biztosító a szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

7. A Biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

7.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, amelyet a Biztosított, illetve házastárs/élettárs Biztosított esetén – a felhatalmazása alapján – a Szerződő ügyfele a házastárs/élettárs nevében a Csatlakozási nyilatkozat megtételével ad meg.

7.2. A kockázatviselés az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a Csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő második hónap első napján 0 órakor kezdődik.

7.3. A kockázatviselési kezdetet szóbeli és online csatlakozás esetén a Szerződő által a Biztosított részére megküldött, a csatlakozásról szóló visszaigazolás tartalmazza.

8. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

8.1. A Biztosító kockázatviselése megszűnik:

8.1.1. ha a Biztosítottnak, illetve házastárs/élettárs Biztosított esetén a Szerződő ügyfelének a Szerződővel kötött földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely az energiaszolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszegése miatt kikapcsolásra kerül, a megszűnés/kikapcsolás hatálynapja hónapjának utolsó napján 24 órakor. Nem minősül a kockázatviselés megszűnésének, ha a Szerződő és a Biztosított, illetve házastárs/élettárs biztosított

esetén a Szerződő ügyfelének földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási szerződéses jogviszonyában a szolgáltatás folytonosságának fenntartása mellett változás áll be, így különösen, de nem kizárólag, ha a felek közös megegyezéssel módosítják a földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási szerződés tartalmát, ideértve azt az esetet is, ha a felek egyetemes szolgáltatási szerződés helyett a jövőre nézve szabadpiaci szerződéses feltételekben állapodnak meg, ha a felek személye nem változik.

8.1.2. ha a Biztosított, illetve házastárs/élettárs Biztosított esetén a Szerződő ügyfele és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre, a megszerzés, szüneteltetés, illetve az előre fizetős mérő felszerelésének hónapja utolsó napján 24 órákor;

8.1.3. annak a hónapnak az utolsó napján 24 órákor, amelyben a Biztosított a 76. életévét betöltötte;

8.1.4. a Biztosított halálával, a halál bekövetkeztének napján 24 órákor;

8.1.5. a Biztosított biztosított jogviszonyának azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. 9.1.1. pont) 24 órákor,

8.1.6. a Biztosított biztosított jogviszonyának Biztosított általi rendes felmondása esetén (ld. 9.1.2 pont) a felmondás beérkezésének időpontjától függően, vagy a beérkezéskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órákor;

8.1.7. a Biztosított biztosított jogviszonyának Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén (ld. 9.2 pont) a felmondás közlése időpontjától függően, vagy a közléskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órákor;

8.1.8. az áthárított biztosítási díj - a Szerződő által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére, az azokban foglalt póthatáridőben történő – Biztosított, illetve házastárs/élettárs esetén a Szerződő ügyfele általi megfizetésének hiányában a Biztosított biztosítási jogviszonya megszűnik az utolsó díjjal fedezett hónap utolsó napján 24 órákor,

8.1.9. Szerződő és a Biztosítók közötti Csoportos Biztosítási Szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a megszűnés hatályának napján 24 órákor;

8.1.10. a biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor, ha az Otthon Harmónia Csoportos Biztosítás hatálya alatt a Biztosított egy másik csomagra szóló újabb Otthon Harmónia Csoportos Biztosítást igényel (csomagváltás).

8.2. A Biztosító kockázatviselésének az egyik Biztosított vonatkozásában történő megszűnése – a 10. pont kivételével, mely valamennyi Biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnéséhez vezet – a többi Biztosítóra nem hat ki.

9. A Biztosított jogviszony felmondása

9.1. Biztosított általi felmondás

9.1.1. A Biztosított biztosítási jogviszonyának azonnali hatályú felmondása

9.1.1.1. A távértékesítés keretében (telefonon vagy online) tett Csatlakozási nyilatkozat esetében a Biztosítottnak jogában áll a biztosított jogviszonyt a Csatlakozás visszaigazolásától – vagy amennyiben a Távértékesítési tájékoztatót később kapja meg, úgy annak kézhezvételétől – számított 30 napon belül a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, az mvmbiztositas.hu/biztositas-felmondas oldalon online, e-mailben (biztositas@mvm.hu vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu), illetve postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) felmondani (azonnali hatályú felmondás), amivel a rá kiterjesztett kockázatviselést és a biztosítási jogviszonyát azonnali hatállyal megszünteti.

Az azonnali hatályú felmondás a Szerződőhöz történő beérkezés napján 24 órákor lép hatályba. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítettnek tekinteni, ha azt a biztosított a fenti határidőn belül online beküldi, egyéb igazolható módon elküldi vagy postára adja. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosított jogviszony rendes felmondásának minősül.

Az azonnali hatályú felmondás részletes szabályait a Távértékesítési tájékoztató tartalmazza. Amennyiben a Biztosított a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozóan esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Biztosítottnak, illetve - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított - a Szerződő ügyfelének. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.

9.1.2. A Biztosított biztosított jogviszonyának rendes felmondása

9.1.2.1. A Biztosított jogosult a biztosítási jogviszonyát a Szerződőhöz intézett és elektronikus (biztositas@mvm.hu, vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu) vagy postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) a Szerződőhöz eljuttatott írásbeli felmondó nyilatkozattal, 30 napos felmondási idővel, a biztosítási időszak végére felmondani;

9.1.2.2. Amennyiben a felmondási nyilatkozat beérkezése és a beérkezés hónapját tartalmazó biztosítási időszak vége között már nincs 30 nap, úgy a Biztosított felmondása a következő biztosítási időszak utolsó napjára hatályos.

9.2. Biztosító általi felmondás

9.2.1. A Biztosító jogosult az adott Biztosított biztosítási jogviszonyát – a Szerződővel történt előzetes egyeztetést követően – 5 (öt) munkanapos felmondási idővel, írásbeli, indokolással ellátott, a Szerződőhöz címzett jognyilatkozattal megszüntetni (rendkívüli felmondás).

9.2.2. A Szerződő a Biztosító döntését haladéktalanul közli a Biztosítottal.

9.2.3. A biztosítási jogviszony megszűnésekor folyamatban lévő biztosítási szolgáltatás iránti igényt a Biztosító a jelen Feltételek alapján elbírálja.

10. A Csoportos Biztosítási Szerződés megszüntetése

10.1. A Biztosító és a Szerződő közötti Csoportos Biztosítási Szerződés az abban foglalt bármely ok és körülmény bekövetkezése esetén megszűnik.

11. A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

11.1. A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

11.1.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, a Szerződő fizeti meg a Biztosítónak a Csoportos Biztosítási Szerződés rendelkezései szerint.

11.1.2. A biztosítás havi rendszeres díjfizetésű.

11.1.3. A biztosítási díj minden hónap első napjától az adott hónap utolsó napjáig terjedő egy hónapos időszakra vonatkozik.

11.1.4. A biztosítási díj a hónap első napján élő biztosítási fedezettel rendelkező és a Szerződő által a Biztosítóhoz lejelentett Biztosítottakra vonatkozik.

11.1.5. A biztosítási díj Biztosítottra jutó része első alkalommal a kockázatviselés kezdetének napján esedékes.

11.1.6. A Szerződő minden Biztosított és minden biztosítási időszak vonatkozásában egy teljes havi díjat köteles megfizetni. A Biztosító az egyes Biztosítottak vonatkozásában részleges díjfizetést nem fogad el.

11.1.7. A Szerződő díjfizetési kötelezettsége mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.

11.1.8. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó része a Biztosított által választott biztosítási összegtől, valamint a Biztosított csatlakozáskori életkorától függ, melyet az 1. számú melléklet 2. pontja tartalmaz és amely a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított életkorának növekedése miatt nem változik.

11.1.9. A Biztosító olyan esetekben, amikor mind a Szerződő ügyfele, mind annak házastársa/élettársa Biztosítottként csatlakozik a Csoportos Biztosítási Szerződéshez, az 1. számú melléklet 2. a) pontja szerinti biztosítási díjakból kedvezményt biztosít az azon hónapokra fizetendő biztosítási díjak azon Biztosítottakra jutó része tekintetében, mely hónapokban a Biztosító kockázatviselése a Szerződő ügyfelére és annak házastársára/élettársára, mint Biztosítottokra egyidejűleg kiterjed. A kedvezményes biztosítási díj összegét az 1. számú melléklet 2. b) pontja tartalmazza. A kedvezményes biztosítási díj mindaddig érvényes, amíg a Biztosító kockázatviselése a Szerződő ügyfelére vagy annak házastársára/élettársára vonatkozóan meg nem szűnik. Amennyiben a Szerződő ügyfelére vagy annak házastársára/élettársára megszűnik a Biztosító kockázatviselése, azon Biztosítottra, aki tekintetében a biztosító kockázatviselése továbbra is fennáll, a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozáskori életkorának megfelelő, kedvezmény nélküli, 1. számú melléklet 2. pont a) pontjában meghatározottak szerinti biztosítási díj vonatkozik a biztosítási díj következő esedékességének időpontjától kezdődően.

11.1.10. Amennyiben adott Biztosítottra megszűnik a Biztosító kockázatviselése, majd a Biztosított később újra csatlakozik a Csoportos Biztosítási Szerződéshez, a Biztosított az újbóli csatlakozás után a Biztosított újbóli csatlakozáskor aktuális életkora alapján számított, az 1. számú melléklet 2. pontja szerinti biztosítási díj vonatkozik.

11.1.11. A biztosított jogviszonynak a 9.1.1. pont szerint határidőn belülinek minősülő azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozóan esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Biztosítottnak, illetve házastárs/élettárs biztosított jogviszonyára vonatkozó felmondás esetén a Szerződő ügyfelének. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.

11.2. A biztosítási díj módosítása

11.2. A biztosítási díj módosítása

11.2.1. A biztosítás díja a kockázatviselés tartama alatt akkor változik, ha a Biztosító jelen pont alapján a biztosítási díj módosítására tesz javaslatot, és azt a Szerződő elfogadja.

11.2.2. A Biztosító naptári évente legfeljebb egy alkalommal jogosult a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt a Csoportos Biztosítási Szerződés felülvizsgálatára és a biztosítási díj módosítására. A módosítás mértéke akkora lehet, hogy a Biztosítónak a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt várható többletkötelezettségét fedezni tudja.

11.2.3. A Biztosító a Szerződőt a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásával indokolt díjmódosításról annak tervezett hatálybalépése előtt legalább 120 nappal értesíti. Ha a Szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 45. napig írásban elfogadja a biztosítási díjmódosítási javaslatot, vagy nem nyilatkozik írásban a biztosítási díj módosításával kapcsolatban, úgy a Csoportos Biztosítási Szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik. Ha a Szerződő az értesítés kézhezvételét követő 45 (negyvenöt) napon belül elutasítja a díj módosítását és a Szerződő és a Biztosító közös megegyezéssel nem módosítják a biztosítási díjat, akkor a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés rendelkezései szerint jár el.

11.2.4. A Szerződő a Biztosítottakat a lehető legkorábban, de a módosított díj hatálybalépése előtt legalább 45 nappal értesíti – a Biztosított által választott kommunikáció módjától függően – postai vagy elektronikus levélben.

11.2.5. Ha a módosított biztosítási díj mellett a Biztosított nem kívánja fenntartani a biztosítási jogviszonyát, akkor azt a 9.1.2. pont szerinti rendes felmondással felmondhatja. Ha a Biztosított a módosított díjat a hatálybalépést megelőző 30. napig írásban nem utasítja vissza, akkor azt elfogadottnak kell tekinteni, és a biztosítási fedezet a módosított díjjal életben marad.

11.2.6. A módosított biztosítási díj a hatálybalépésének napjától valamennyi – a hatálybalépését követően biztosítási jogviszonnal rendelkező és felmondás alatt nem álló – Biztosított vonatkozásában alkalmazandó.

11.3. A Szerződő által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

11.3.1. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Szerződő – a Biztosított Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra. Házastárs/élettárs Biztosítottra jutó díjrész megfizetésére – házastárs/élettárs felhatalmazása alapján tett Csatlakozási nyilatkozatban foglalt hozzájárulása alapján – a Szerződő ügyfele kötelezett függetlenül attól, hogy ő maga Biztosítottként csatlakozott-e a Csoportos Biztosítási Szerződéshez.

11.3.2. A Szerződő az áthárított díjat a Szerződő szolgáltatási körébe tartozó szolgáltatásra vonatkozó számlába építve, havonta szedi be a Biztosítottól, illetve – házastárs/élettárs biztosított esetén – Szerződő ügyfelétől. Az áthárított biztosítási díj a Szerződő szolgáltatási körébe tartozó azon számlával együtt esedékes, mely számla elszámolási időszaka magában foglalja az adott biztosítási időszakot.

11.3.3. Ha Biztosító kockázatviselése a Szerződő és a Biztosított, illetve házastárs/élettárs esetén a Szerződő ügyfele között fennálló szerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely nem esik egybe a Szerződő szolgáltatási körébe tartozó számla esedékességével, akkor, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Szerződő a szolgáltatási körébe tartozó szerződés lezárásakor számolja fel.

11.3.4. Ha a Szerződő részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díj egészét nem (sem) fedezi, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.

11.3.5. A Szerződő az áthárított biztosítási díj meg nem fizetése esetén írásban felszólítja a Biztosítottat, vagy - házastárs/élettárs biztosított esetén – a Szerződő ügyfelét az elmaradt biztosítási díj megfizetésére, melyben figyelmezteti őt arra, hogy amennyiben az elmaradt biztosítási díj nem kerül megfizetésre, akkor Szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül és így a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan az utolsó díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órakor megszűnik.

12. Szolgáltatási csomagok

12.1. A leendő Biztosított, illetve házastárs/élettárs leendő Biztosított esetén – annak felhatalmazása alapján – a Szerződő ügyfele a Csatlakozási nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy az 1. számú melléklet 1. pontjában foglaltak közül melyik biztosítási összegre vonatkozó szolgáltatási csomagot igényli.

12.2. Amennyiben a Szerződő ügyfele és annak házastársa/élettársa is csatlakozik a Csoportos Biztosítási Szerződéshez, úgy mindkettejükre ugyanaz a biztosítási összeg vonatkozik.

13. Értékkövetés

13.1. A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz, a biztosítási összeg értékkövetésére (indexálására) nincs lehetőség.

14. Maradékjogok, kötvénykölcsön, technikai kamatláb, többlethozam

14.1. A Biztosító által nyújtott életbiztosításnak nincs matematikai díjtartaléka. Ebből következően az életbiztosításhoz maradékjogok nem tartoznak, tehát az nem visszavásárolható és a díjmentes leszállítás sem alkalmazható. Az életbiztosításra kötvénykölcsön nem nyújtható.

14.2. A Biztosító a rendszeres biztosítási díjak és az azokból képzett tartalékok kalkulációja során évi 1,0%-os technikai kamatlábat alkalmaz.

14.3. A Biztosító jogosult a technikai kamatlábat a biztosítási szerződés tartama alatt megváltoztatni. A technikai kamatláb változtatására csak akkor kerülhet sor, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul. A Biztosító a biztosítási szerződés tartama alatt a technikai kamatlábat olyan irányban és legfeljebb akkora mértékben jogosult megváltoztatni, amilyen irányban és amekkora mértékben módosul a technikai kamatláb legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke. A technikai kamatláb módosítása nem eredményezi a biztosítási díj változását.

14.4. A biztosítás többlethozam-visszatérítéssel nem rendelkezik.

15. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

15.1. Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett – baleseti vagy betegségi eredetű – halála.

15.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének napja a Biztosított halálának napja.

15.3. A Biztosító az előzménybetegséggel ok-okozati összefüggésben álló biztosítási eseményeket a kockázatviselésből nem zárja ki.

16. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

16.1. A Biztosító a Biztosított kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett halála esetén a biztosítási esemény típusa és bekövetkezésének a kockázatviselés kezdetéhez viszonyított időpontja alapján az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja a Kedvezményezett részére:

Bekövetkezés időpontja a kockázatviselés kezdetéhez képest	Biztosítási esemény típusa	
	Baleseti eredetű	Betegségi eredetű
1–6. hónap	Biztosítási összeg	Várakozási idő, Befizetett díjak visszatérítése
7. hónaptól	Biztosítási összeg	Biztosítási összeg

16.2. A biztosítási összegeket jelen Biztosítási Feltétel 1. számú melléklete tartalmazza.

16.3. Várakozási idő:

16.3.1. A betegségi eredetű biztosítási esemény vonatkozásában a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 6 hónapos várakozási időt határoz meg. Ha a betegségi eredetű biztosítási esemény a várakozási idő alatt következik be, a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában befizetett díjakat téríti vissza a Kedvezményezett részére.

16.4. A baleseti eredetű biztosítási esemény esetén a Biztosító várakozási időt nem alkalmaz.

17. A biztosítási esemény bejelentése, a teljesítéshez szükséges iratok, a biztosító teljesítése

17.1. A biztosítási eseményt a Kedvezményezett, a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, illetve az általuk meghatalmazott személy (továbbiakban együttesen: „Bejelentő”) köteles a biztosítási esemény bekövetkeztétől, akadályoztatás esetén az akadály megszűnésétől számított 30 napon belül bejelenteni a Biztosítónak az alábbi címen:

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Kárrendezési Igazgatóság
Levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325;
E-mail cím: mvm@cig.eu

17.2. A biztosítási esemény bejelentéssel kapcsolatosan tájékoztatás kérhető az alábbi telefonszámon: +36 1 501 9782.

17.3. A szolgáltatási igény 17.1. pont szerinti 30 napos igénybejelentési határidő után is bejelenthető legkésőbb az 5 éves elévülési idő lejártáig, azonban az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények ki deríthetetlenül váltak (1) akár a késedelmes bejelentés miatt, (2) akár amiatt, mert a Bejelentő a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé.

17.4. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:

17.4.1. A Szerződőtől a Biztosított, illetve házastárs/élettárs Biztosított esetén, a Szerződő ügyfelének Csatlakozási nyilatkozatát;

17.4.2. A Szerződőtől a Biztosított Kedvezményezett jelölését tartalmazó nyilatkozatot (amennyiben van);

17.4.3. A Szerződőtől a szolgáltatási körébe tartozó kárrendezési tevékenységhez feltétlenül szükséges adatait tartalmazó igazolást,

17.4.4. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt vagy egyéb, a szolgáltatási igény elbírálásának megindítására alkalmas kárbejelentő dokumentumot;

17.4.5. a biztosítási szolgáltatást igénylő hiánytalanul kitöltött azonosítási adatlapját;

17.4.6. Kedvezményezett/Jogosult/Meghatalmazott személyazonosságát igazoló dokumentum (személyi igazolvány/útlevel/vezetői engedély és lakcím-kártya lakcímet igazoló oldala) másolatát;

17.4.7. halotti anyakönyvi kivonat másolatát;

17.4.8. halottvizsgálati bizonyítvány másolatát;

17.4.9. külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítását;

17.4.10. boncolási jegyzőkönyv másolatát szükség esetén;

17.4.11. jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát (feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg);

17.4.12. orvosi nyilatkozatot: a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával;

17.4.13. kiskorú kedvezményezett esetén (a jogerős hagyatékátadó végzés szerinti) gyámhatóság által kiállított igazolást a gyámhatósági betétkönyv megnyitásáról (mely tartalmazza a számlaszámot);

17.4.14. gondnokot/gyámot kirendelő határozat másolatát;

17.4.15. azon további nyilatkozatokat, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak;

17.4.16. idegen nyelvű iratok esetén azok fordítását;

17.4.17. angol vagy német nyelvtől eltérő idegen nyelven kiállított dokumentumok esetén azok hitelesített magyar fordítását.

17.4.18. Baleseti eredetű biztosítási esemény esetén benyújtandó további iratok:

17.4.18.1. baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült);

17.4.18.2. véralkohol-vizsgálati eredmény, drogteszt másolata (ha készült);

17.4.18.3. a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentésének időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma, ambuláns lap, kezelése és vizsgálatok iratai, röntgenlelet, MRI-vizsgálat eredménye, CT-vizsgálat eredménye, szövettani vizsgálat eredménye, kórházi zárójelentések másolata);

17.4.18.4. ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata;

17.4.18.5. igazolvány sportolói tagságról (ha szükséges);

17.4.18.6. sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges);

17.4.18.7. közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata;

17.4.18.8. gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata.

17.5. A listában szereplő, a Biztosító által kért dokumentumok – a Szerződőtől való beszerzésre kerülő dokumentumok kivételével – beszerzése, a

Biztosító rendelkezésre bocsátása és a beszerzés költségei a Kedvezményezettet terhelik.

17.6. Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

17.7. A Biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezéséig számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

17.7.1. kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként összegszerűen megállapította, vagy

17.7.2. indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összegszerűen nem állapította meg.

17.8. A Biztosító a szolgáltatását egy összegben teljesíti az ahhoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül.

18. A Biztosító mentesülése

18.1. A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha

18.1.1. a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét;

18.1.2. a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben halt meg;

18.1.3. a Biztosított a kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg, függetlenül attól, hogy azt a Biztosított tudatzavarban követte el.

19. Kizárások

19.1. A Biztosító nem viseli a kockázatot az alábbi esetekben:

19.1.1. ha a Biztosított a baleset idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott (alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció);

19.1.2. ha az esemény a Biztosított vezetői engedélye, illetve egyéb szükséges hatósági engedély nélkül, illetve bármely okból tudatmódosult állapotban történt, bármely jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;

19.1.3. bármely, nem orvosi rendelvényre, nem gyógyítási céllal, nem gyógyszernek minősülő, a tudat, az elme, az idegrendszer vagy a szervezet bármely funkciójának normál működését akadályozó szer használatával összefüggésbe hozható eseményekre;

19.1.4. harci cselekményben (háborúban, polgárháborúban, határvillongásban, felkelésben, forradalomban, zendülésben, törvényes kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munka- helyi rendbontásban, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kommandótámadásban, terrorcselekményben) vagy más háborús cselekményben, lázadásban, zavargásban való részvételből eredő biztosítási eseményekre;

19.1.5. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve az orvosiilag előírt terápiás célú sugárkezelést;

19.1.6. ha az esemény összefüggésben áll a Biztosított HIV- (AIDS-) vírus-fertőzöttségével;

19.1.7. ha a Biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi, légi, vízi járműben, országos, nemzetközi, illetve szervezett amatőr sportversenyen történő részvétel következtében vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) keretében következik be, ideértve az országos és nemzetközi sportversenyen nézőként való részvételt, amennyiben a Biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt;

19.1.8. a repülő eszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő eseményekre, kivéve az olyan biztosítási eseményeket, amelyeket a Biztosított légitársaság utasaként, a polgári légiforgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légitársaság utasként szenved el.

20. Egyéb rendelkezések

20.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli Csatlakozási nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon bejelentett panaszokat) csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzá.

20.2. A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.

20.3. A biztosítással összefüggő adózási szabály

20.3.1. A Biztosító szolgáltatása a magánszemély Biztosított adómentes bevétele.

20.4. A biztosítást értékesítő biztosításközvetítő a Csoportos Biztosítási Szerződéssel, a rendszeres díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosult.

1. Számú melléklet: Kondíciós lista

Érvényes: 2026.01.01-től

1. Választható biztosítási összegek

1 000 000 Ft
2 000 000 Ft
4 000 000 Ft

2. A biztosítás havi díja

a) Egy Biztosított esetén a biztosítás díja Biztosítottanként:

Belépési kor / Biztosítási összeg	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	4 000 000 Ft
35–45 év	790 Ft	1590 Ft	3190 Ft
46–55 év	1190 Ft	2390 Ft	4790 Ft
56–65 év	1490 Ft	2990 Ft	5990 Ft

b) Két Biztosított esetén a biztosítási díja összesen a két Biztosítotttra vonatkozóan:

Belépési kor / Biztosítási összeg	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	4 000 000 Ft
1. Biztosított: 35–45 év 2. Biztosított: 35–45 év	1500 Ft	3020 Ft	6 060 Ft
1. Biztosított: 35–45 év 2. Biztosított: 46–55 év	1880 Ft	3780 Ft	7 580 Ft
1. Biztosított: 35–45 év 2. Biztosított: 56–65 év	2165 Ft	4350 Ft	8 720 Ft
1. Biztosított: 46–55 év 2. Biztosított: 46–55 év	2260 Ft	4540 Ft	9 100 Ft
1. Biztosított: 46–55 év 2. Biztosított: 56–65 év	2545 Ft	5110 Ft	10 240 Ft
1. Biztosított: 56–65 év 2. Biztosított: 56–65 év	2830 Ft	5680 Ft	11 380 Ft