Nemzeti Közművek

CIG PANNÓNIA BIZTOSÍTÓ

OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítás
BIZTOSÍTÁSI TERMÉKISMERTETŐ

A társaság: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
A termék: szolgáltatásfinanszírozó, csoportos egészségbiztosítás

Köszönjük, hogy egészsége megóvásának egyik fontos eszközéül az OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítást választotta, melyhez Ön vagy hozzátartozói biztosítottként csatlakoztak. Engedje meg, hogy jelen termékismertetőben bemutassuk a biztosítás legfontosabb tulajdonságait.

1) **7/24 orvosi call center szolgáltatás:** a biztosított megbetegedése esetén nyújtott telefonos, orvosi tanácsadás

2) **Járóbeteg szakellátás megszervezése** a biztosított megbetegedése esetén (ellátás költségét a biztosított fizeti)

3) **Második orvosi vélemény szolgáltatás:** a biztosított súlyos betegségére vonatkozó, orvosi tárgyú kérdés alapján nemzetközi orvosszakértő által készített orvosi távszakvélemény

4) **Fedezett járóbeteg szakellátások:** a biztosított betegsége vagy balesete miatt szükségessé váló járóbeteg szakellátás, ezen belül
   - szakorvosi vizit,
   - diagnosztikai vizsgálatok,
   - labordiagnosztikai vizsgálatok,
   - ambuláns beavatkozások
   - és gyógyszerek felírása.

A biztosító egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi az ellátást, és az éves limit erejéig fedezi annak költségét.

5) **Fedezett képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT):** a biztosított betegsége vagy balesete miatt, további gyógyulásához szükséges MR, CT, cardio-CT és PET-CT vizsgálatok megszervezése és finanszírozása. A biztosító egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi a vizsgálatot, és az éves limit erejéig fedezi annak költségét.

6) **Fedezett egynapos sebészeti beavatkozások:** a biztosító egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi az ellátást, és az éves limit erejéig fedezi annak költségét.

7) **Rettegett betegség szolgáltatás:** az általános és különös feltételek 2. számú mellékletében felsorolt 25 különböző kritikus betegség, illetve orvosi beavatkozás valamelyikének bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási összeget fizeti ki.

Szolgáltatási igények bejelentése: a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 munkanapon belül be kell jelenteni:
- rettegett betegség szolgáltatás kivételével kizárólag telefonon, az ellátásszervező call centerén keresztül (**+36-1-461-15-98**);
- rettegett betegség szolgáltatás esetében a szolgáltatási igénybejelentő formanyomtatvány biztosítónak történő elküldésével (**levelezési cím: 1300 Budapest, Pf. 177, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu, fax: +36-1-247-20-21**).

A bejelentés során a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

Területi és időbeli hatály: a biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

Biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek:

	Alap csomag	Optimum csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
7/24 orvosi call center szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járóbeteg szakellátás megszervezése	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év
A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások: • járóbeteg szakrendelés • diagnosztika • labordiagnosztika • ambuláns beavatkozások	-	-	Szolg. limit: 500 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év	Szolg. limit: 1 000 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év
Rettegett betegség szolgáltatás	-	Biztosítási összeg: 300 000 Ft	-	Biztosítási összeg: 1 200 000 Ft
Egynapos sebészeti beavatkozások	-	-	-	Szolgáltatási limit: 300 000 Ft/fő/év

Bármely szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi titoktartás alóli felmentésről szóló adatkezelési nyilatkozatát postai úton (levelezési cím: 1300 Budapest, Pf. 177), személyesen (1033 Budapest, Flórián tér 1.) vagy e-mailben (nkm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) az első kárbejelentés előtt a biztosítóhoz eljuttassa. Ennek hiányában a biztosító és az ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.

Biztosítási csomagok díjai:

	Alap csomag	Optimum csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
Normál díj: 1 biztosított esetén	1 490 Ft/fő/hó	1 890 Ft/fő/hó	5 490 Ft/fő/hó	8 890 Ft/fő/hó
Kedvezményes díj: 1-nél több biztosított esetén a 2. biztosítottól	990 Ft/fő/hó	1290 Ft/fő/hó	-	-

A biztosító évente legfeljebb egy alkalommal jogosult a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt a szerződés felülvizsgálatára és a biztosítási díj módosítására.

Várakozási idő: az egyes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a biztosító különböző hosszúságú várakozási időt köt ki:

Szolgáltatás	Várakozási idő
7/24 orvosi call center szolgáltatás	Nincs
Második orvosi vélemény szolgáltatás	Nincs
Járóbeteg szakellátás megszervezése	Nincs
A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások	Nincs
(kivéve terhességgel kapcsolatos szolgáltatások)	Nincs
A biztosításban fedezett, terhességgel kapcsolatos járóbeteg szakellátások	6 hónap
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Nincs
Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása	Nincs
Rettegett betegség szolgáltatás	3 hónap

A várakozási idő az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdettől számítandó. Amennyiben a nem baleseti eredetű, rettegett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a biztosító szolgáltatást nem teljesít, de a rettegett betegségre szóló fedezet életben marad. A biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következik be.
A várakozási idő értelmében terhességgel kapcsolatos járóbeteg szakellátás (általános és különös feltételek 8) dd) pontja) a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével vehető igénybe.

Általános kockázatkizárások:

- a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás
- a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező olyan biztosítási esemény, ami előzménybetegséggel ok-okozati összefüggésbe hozható
- azok a biztosítási események, melyek összefüggésbe hozhatók a biztosított szándékos, önmagának okozott kárral
- az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási események
- a biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkohol szint) állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következő biztosítási esemény
- az a biztosítási esemény, ami nem szakvégzett és szakképzett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy olyan, orvos által végzett gyógykezelés során, amelynél nem tartották be az orvosszakmai előírásokat
- kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események
- az a biztosítási esemény, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következett be
- felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határvillongásban való részvételből eredő biztosítási események

A kizárások teljes listáját az általános és különös feltételek 4. számú melléklete tartalmazza.

Díjfizetés: a havi díj minden hónap első napján esedékes és a szerződő részére kell megfizetni, a szerződő által kiállított számlán, a villamosenergia díjjal együtt. A biztosítás első díja a kockázatviselés első hónapjának 1. napján esedékes.

Kockázatviselés kezdete és vége:

- adott naptári hónap 15. napjáig megtett csatlakozási nyilatkozat esetében a kockázatviselés kezdete a következő naptári hónap első napján 0 óra,
- adott naptári hónap 15. napja után megtett csatlakozási nyilatkozat esetében a kockázatviselés kezdete a csatlakozási nyilatkozat hónapját követő második hónap első napján 0 óra.

Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a biztosító kockázatviselése megszűnik és ugyanannak a hónapnak az utolsó napján 24 óráig tart.
A biztosítás határozatlan időtartamra jön létre.

A biztosítás felmondása: a biztosított csoporthoz szóbeli (telefonon történő), vagy online csatlakozás esetén a biztosított csatlakozási nyilatkozatát a szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal, a szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (NKM Áramszolgáltató Zrt., 6701 Szeged, Pf. 199.) vagy e-mailben (ugyfelszolgalat@nkmaram.hu) visszavonhatja, amennyiben még nem vette igénybe a biztosítás valamely szolgáltatását. A nyilatkozat visszavonása esetén a biztosító adott biztosított vonatkozásában díjfizetést nem vár el.
A biztosítási fedezet ezen időszakot követően is bármikor felmondható az előző bekezdésben rögzített módon. Ez esetben a biztosító kockázatviselése és a díjfizetési kötelezettség a nyilatkozat kézhezvétele hónapját tartalmazó biztosítási időszak utolsó napján szűnik meg.

A biztosítási fedezet és ezzel a biztosító kockázatviselése megszűnik továbbá:

- a biztosítási szerződés szerződő vagy biztosító általi rendes felmondása esetén;
- abban az esetben, ha a szerződő vagy a biztosított elutasítja a biztosító díjmódosítási javaslatát;
- a biztosítási díj esedékessége hónapjának utolsó napján, ha addig a szerződő a hátralékos díjat nem fizette meg;
- a biztosított halálával;
- ha a biztosított szerződővel kötött villamosenergia szolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely a villamosenergia-szolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszegése miatt kikapcsolásra kerül;
- ha a biztosított és a szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi villamosenergia-szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre,
- a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korhatár elérésekor.

A rettegett betegség szolgáltatás kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában megszűnik továbbá a rettegett betegség szolgálatáshoz kapcsolódó biztosítási összeg kifizetésével.

A termékre vonatkozó teljes körű, szerződéskötés előtti és szerződéses tájékoztatás az OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítás Általános és Különös Feltételeiben található.

Érvényes: 2019. május 15-től

Az OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítás Általános és Különös Feltételei

1) ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

Az OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítás (továbbiakban: biztosítás) jelen Általános és Különös Feltételekben foglaltak szerint jön létre a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: biztosító), valamint az NKM Áramszolgáltató Zrt. (továbbiakban: szerződő) között. A jelen Általános és Különös Feltételek alapján létrejövő szerződés nem fogyasztói szerződés.

2) FOGALMAK

a) Baleset: az emberi szervezetet ért, a biztosított akaratától függetlenül, egyszeri, és hirtelen 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, átmenti, vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre.

b) Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.

c) 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.

d) Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.

e) Biztosítási évforduló: minden naptári év január 1.

f) Biztosított: a szerződővel a szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy, a szerződő ügyfele, aki a csoportos biztosításhoz írásbeli vagy szóbeli csatlakozási nyilatkozattal csatlakozik, és akire vonatkozó biztosítási díjat a szerződő megfizette. Biztosított továbbá a szerződő ügyfelével egy háztartásban élő, Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozója (házastársa, egyenességbeli rokona, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője, valamint a testvére), illetve a szerződő ügyfelének élettársa, továbbá az élettárs gyermekei és az élettárs szülei is, akit felhatalmazása alapján a szerződő ügyfele a csoportos biztosításba írásbeli vagy szóbeli csatlakozási nyilatkozattal biztosítottként bejelent, és akire vonatkozó biztosítási díjat a szerződő megfizette.

A biztosított életkora a kockázatviselés kezdetekor legalább 3 hónap. A biztosított maximális kora a kockázatviselés kezdetekor:
- Alap csomag esetén: 75 év,
- Optimum csomag esetén: 65 év,
- Fókusz csomag esetén: 65 év,
- Exkluzív csomag esetén: 65 év.

A biztosító szolgáltatást legfeljebb a biztosított alábbi életkoráig teljesít:
- **Alap csomag esetén: 80 év,**
- **Optimum csomag esetén: 70 év,**
- **Fókusz csomag esetén: 70 év,**
- **Exkluzív csomag esetén: 70 év.**

g) Biztosító: az a jogi személy, amely a – a biztosítási díj megfizetése ellenében – a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen Általános és Különös Feltételekben meghatározott esetekben, módon és mértékben egészségbiztosítási szolgáltatást nyújt. A biztosító legfontosabb adatai:
Név: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Tevékenység: a biztosító biztosítási tevékenységet végez
Székhely: Magyarország, 1033 Budapest, Flórián tér 1.
Levelezési cím: 1300 Budapest, pf. 177.
Forint bankszámlaszám: 10918001-00000024-98060007 (IBAN: HU11 1091-8001-0000-0024-9806-0007)
Euró bankszámlaszám: 10918001-00000024-98060038 (IBAN: HU47 1091-8001-0000-0024-9806-0038)
Számlavezető bank neve (és SWIFT kódja): UniCredit Bank Hungary Zrt. (BACXHUHB)
A Biztosító jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság
Cégjegyzékszám: 01-10-045857
A biztosító a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál van nyilvántartva.

h) Család: az alábbi személyek összessége:
- a szerződővel érvényes szerződéses jogviszonyban álló természetes személy, a szerződő ügyfele, valamint
- a szerződő ugyanezen ügyfelével egy háztartásban élő, Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozója (házastársa, egyenességbeli rokona, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője, valamint a testvére), illetve a szerződő ügyfelének élettársa, továbbá az élettárs gyermekei és az élettárs szülei is.

Az egy családból biztosításba bevonható biztosítottak száma maximum 5 fő.

i) Egészségügyi dokumentáció: A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:
- a biztosított személyazonosító adatait,
- cselekvőképes biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- az első vizsgálat eredményét,
- a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- a beteg gyógyszer-túlérzékenységére vonatkozó adatokat,
- a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- a biztosítottnak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a biztosított gyógyulására befolyással lehet.

Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:
- az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- az ápolási dokumentációt,
- a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint a biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit.

Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteggyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a biztosítottnak át kell adni.

j) Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igényléséhez összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen:
- a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,
- a keresőképességnek,
- a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

k) Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

l) Egészségügyi szolgáltatás: az magyar egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.

m) Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az erre jogosult magyar szerv vagy hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

n) Ellátásszervező: az Advance Medical Hungary Kft., amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a biztosítottak számára.

o) Éves szolgáltatási limit: a biztosító egyes szolgáltatások tekintetében biztosítási évre vonatkozó szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét az 1. számú melléklet tartalmazza.

p) Előzménybetegség: a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.

q) Járóbeteg szakellátás: a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás.

r) Járóbeteg szakellátás keretében végzett ambuláns beavatkozások: olyan, járóbeteg ellátás keretében, altatás nélkül igénybe vehető sebészeti, illetve egyéb szakterületi kezelések, beavatkozások amelyek elvégzését követően a beteg azonnal, szakfelügyelet és megfigyelés nélkül saját lábán otthonába bocsátható, és a hatályos jogszabályok szerint járóbeteg ellátás keretében történhet, és nem minősül egynapos sebészeti ellátásnak.

s) Kedvezményezett: a biztosító minden szolgáltatására a biztosított jogosult.

t) Kezelőorvos: a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.

u) Műtét: minden olyan, orvos által a mindenkori orvosszakmai szabályoknak megfelelően végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és intézménye a szükséges hatályos, érvényes engedélyekkel rendelkezik.

v) Szerződő: az NKM Áramszolgáltató Zrt., amely a biztosítási szerződést megköti, az érvényes jognyilatkozatokat teszi, és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.

w) Területi és időbeli hatály: a biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

3) A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, TARTAMA ÉS A BIZTOSÍTOTTAK CSATLAKOZÁSA

a) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosítók között írásban, határozatlan időtartamra jön létre. Az egyes biztosítottak tekintetében a biztosítás tartama a rájuk vonatkozó kockázatviselés kezdettől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam.

b) A biztosítottak belépése a csoportos biztosítási szerződésbe:
ba) A szerződő ügyfelei az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg lépnek be a biztosításba.
bb) A csoportos biztosítási szerződésbe továbbá biztosítottként beléphetnek mindazon természetes személyek (hozzátartozók), akik megfelelnek a 2) f) pontban foglaltaknak. A hozzátartozókat felhatalmzásuk alapján a szerződő ügyfele jelenti be a biztosításba a nevükben tett csatlakozási nyilatkozat útján. **Hozzátartozók biztosításba történő bevonásának nem feltétele, hogy a szerződő ügyfele is biztosított legyen.**
bc) A csoportos biztosításba új biztosított a szerződés tartama alatt bármikor beléphet. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő az 5) d) pontban meghatározott módon köteles a biztosítónak bejelenteni, és a tárgyhó első napján élő biztosítási fedezettel rendelkező biztosítottak után járó biztosítási díjat megfizetni.
bd) A biztosított a csoportos biztosítási szerződésbe az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján léphet be:
- írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján,
- szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján, amennyiben az alábbi feltételek teljesülnek:
  Szóbeli (telefonon történő) belépés esetén a csatlakozási nyilatkozat megtételét követően a szerződő postai úton vagy elektronikusan írásbeli visszaigazolást küld ügyfelének arról, hogy a biztosító kockázatviselése rá és/vagy hozzátartozóira kiterjed. A biztosított csatlakozási nyilatkozatát a szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal a szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (NKM Áramszolgáltató Zrt., 6701 Szeged, Pf. 199.) vagy e-mailben (ugyfelszolgalat@nkmaram.hu) visszavonhatja, amennyiben még nem vette igénybe a biztosítás valamely szolgáltatását. A nyilatkozat visszavonása esetén a biztosító adott biztosított vonatkozásában díjfizetést nem vár el.
- a Szerződő honlapján, online módon tett csatlakozási nyilatkozat útján.
  Online belépés esetén a belépési nyilatkozat megtételét követően a Szerződő elektronikus írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére arról, hogy a Biztosítók kockázatviselése a Biztosítottra illetve családi változat esetén a Társbiztosítottakra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás). Ezekben az esetekben a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatát a Szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (NKM Áramszolgáltató Zrt., 6701 Szeged, Pf. 199.) vagy e-mailben (ugyfelszolgalat@nkmaram.hu) visszavonhatja.

be) A szerződő ügyfele a csatlakozási nyilatkozattal:
- a csoportos biztosítási szerződésbe biztosítottként belép és/vagy belépteti hozzátartozóit;
- elfogadja jelen általános és különös feltételeket, és hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá, illetve a hozzátartozóira kiterjedjen;
- felhatalmazást ad arra, hogy a havi biztosítási díj rá és hozzátartozóira eső részét a szerződő tőle beszedje;
- a biztosítás adminisztrációjához szükséges személyes adatai kezeléséhez kapcsolódó hozzájárulását megadja.

c) A szerződő ügyfelének, akár saját magát, akár hozzátartozóit jelenti be biztosítottként, a csatlakozási nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.

d) **Bármely szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi titoktartás alóli felmentésről szóló adatkezelési nyilatkozatát postai úton (levelezési cím: 1300 Budapest, Pf. 177), személyesen (1033 Budapest, Flórián tér 1.) vagy e-mailben (nkm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) az első kárbejelentés előtt a biztosítóhoz eljuttassa. Ennek hiányában a biztosító és az ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.**

e) A csoportos biztosítási szerződésnek részét képezi a szerződőnek a biztosító részére átadott dokumentációja, amely tartalmazza a biztosítottak személyes adatait, valamint csatlakozási és adatkezelési nyilatkozataikat.

4) A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE ÉS VÉGE, VALAMINT A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

a) A kockázatviselés kezdete az egyes biztosítottakra vonatkozóan a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe való belépésének időpontjától függően:
aa) adott naptári hónap 15. napjáig megtett csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő hónap első napján 0 óra;
ab) adott naptári hónap 15. napja után megtett csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő második hónap első napján 0 óra.

b) Az egyes biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási időszak 1 hónap. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés kezdete naptári hónapjának utolsó napjáig tart. Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a biztosító kockázatviselése megszűnik, és ugyanannak a hónapnak az utolsó napján 24 óráig tart.

c) **A kockázatviselés a teljes biztosítotti csoportra megszűnik:**
ca) a biztosítási díj esedékessége hónapjának utolsó napján, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, a szerződő a díjfizetésre halasztást nem kapott, és a biztosító követelését bírósági úton sem érvényesítette;
cb) a biztosítási szerződés szerződő vagy biztosító általi rendes felmondása esetén. A felmondás biztosítási időszak utolsó napjára, a megszűnés hatálynapjánál legalább 60 nappal korábban a másik félhez írásban intézett nyilatkozattal kezdeményezhető.
cc) a biztosított csoport megszűnésével a megszűnés hatálynapja hónapjának utolsó napján;
cd) amennyiben a szerződő elutasítja a biztosító díjmódosítási javaslatát, a díjmódosítás hatálynapját megelőző utolsó hónap utolsó napján.

d) **A kockázatviselés adott biztosított vonatkozásában a fentieken túl megszűnik** (a biztosított csoport többi tagjára vonatkozóan változatlan kockázatviselés mellett):
da) a biztosított halálával a halál napján;
db) ha a biztosított szerződővel kötött villamos energia szolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely a villamosenergia-szolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszegése miatt kikapcsolásra kerül a megszűnés/kikapcsolás hatálynapja hónapjának utolsó napján;
dc) ha a biztosított és a szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi villamosenergia-szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre, a megszűnés, szüneteltetés illetve előre fizetős mérő felszerelésének hónapja utolsó napján;
dd) a biztosítottnak a szerződőhöz írásban (e-mailben vagy postai úton) intézett felmondó nyilatkozata esetén a nyilatkozat kézhezvétele hónapját tartalmazó biztosítási időszak utolsó napján;
de) a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korhatár elérése hónapjának utolsó napján;
df) a csatlakozási nyilatkozat 3) bd) szerinti visszavonása esetén. Amennyiben a nyilatkozat visszavonása a kockázatviselés kezdetét követően történik, a kockázatviselés annak kezdetére visszamenőleges hatállyal szűnik meg.

e) **A rettegett betegség szolgáltatás kockázatviselése adott biztosított vonatkozásában megszűnik továbbá a rettegett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási összeg kifizetésével.**

5) A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

a) A biztosítás havi rendszeres díjfizetésű.

b) A biztosító az Alap és Optimum csomagok esetében az egy családból biztosításba bevont biztosítottak száma alapján díjkedvezményt ad: amennyiben a bevont biztosítottak száma legalább 2, a második és minden további biztosítottra jutó díj kevesebb, mintha a családból csak 1 fő lenne biztosított. Az egy családból bevont biztosítottak számától függetlenül 1 biztosítottra mindenképpen a normál díjat kell fizetni. A normál és kedvezményes díjakat csomagonként az 1. számú melléklet tartalmazza.

c) A biztosítás díja adott biztosított vonatkozásában a kockázatviselés kezdetének napján, majd havonta, minden hónap első napján válik esedékessé, és az esedékesség napjától a következő esedékesség napját megelőző napig tartó egy hónapos időszakra vonatkozik.

d) A tárgyhavi biztosítási díj az ugyanazon hónap első napján élő biztosítási fedezettel rendelkező biztosítottakra vonatkozik.

e) A szerződés - vagy az egyes biztosítottak biztosítotti jogviszonyának - megszűnése esetén annak a hónapnak az utolsó napjáig járó díjat kell megfizetni, amelyben a biztosító kockázatviselése véget ért.

f) **Ha a Szerződő a biztosítás díját az esedékesség hónapjának utolsó napjáig nem egyenlíti ki, halasztást nem kap, és a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton sem érvényesíti, a biztosító a kockázatot az esedékesség hónapjának utolsó napjáig viseli. A türelmi idő alatt a szerződő az elmaradt díjrészletek befizetését pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a biztosítási szerződés és ezzel a biztosító kockázatviselése az esedékesség hónapjának utolsó napján 24 órakor megszűnik minden biztosítottra. A biztosító az egyes biztosítottak vonatkozásában részleges díjfizetést nem fogad el.**

g) Amennyiben a szerződő a biztosítási díjat a biztosítottakra továbbhárítja, akkor a biztosított csoporthoz történő csatlakozáskor a biztosítottak figyelmét erre fel kell hívnia.

6) A BIZTOSÍTÁSI DÍJ MÓDOSÍTÁSA

a) **A biztosító évente legfeljebb egy alkalommal jogosult a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt a szerződés felülvizsgálatára és a biztosítási díj módosítására.**

b) A biztosító a szerződést a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásával indokolt díjmódosításról annak tervezett hatálybalépése előtt legalább 90 nappal értesíti. Ha a szerződő a tervezett hatálybalépést megelőző 60. napig nem nyilatkozik írásban a díj módosításával kapcsolatban, úgy a szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik.
c) A szerződő a biztosítottakat a módosított díj hatálybalépése előtt legalább 45 nappal értesíti postai vagy elektronikus levélben.
d) Ha a módosított biztosítási díj mellett a biztosított nem kívánja fenntartani a biztosítási fedezetet, akkor azt írásban, a biztosítónak címezve biztosítási időszak végére felmondhatja. **Ha a biztosított a módosított díjat a hatálybalépést megelőző 15. napig írásban nem utasítja vissza, akkor azt elfogadottnak kell tekinteni, és a biztosítási fedezet a módosított díjjal életben marad.**
e) A módosított díj annak hatálynapjától minden biztosított vonatkozásában alkalmazandó.
f) **Amennyiben a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása a biztosítási kockázat jelentős növekedését okozza, és a szerződő a hatálybalépést megelőző 60. napig elutasítja a biztosító díjmódosítási javaslatát, a biztosítási szerződés a díjmódosítás hatálynapját megelőző utolsó hónap utolsó napján megszűnik.**

7) A BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK

a) A biztosító jelen csoportos biztosítás keretében négy különböző biztosítási csomagot tesz elérhetővé (Alap, Optimum, Fókusz, Exkluzív). E négy csomag különbözik a bennük foglalt szolgáltatások számában, típusában, valamint a biztosítási díjban.
b) Biztosítási csomagot a csatlakozási nyilatkozat megtételekor egyéni igényeinek megfelelően a biztosított választ, figyelembe véve a 2) f) pontban rögzített korhatárokat is.
c) **Egy család biztosítottjaira a szerződő ügyfelére és hozzátartozóira) csak ugyanaz a csomag választható.**
d) Csomagok közötti váltás a korábban választott csomag lemondásával (biztosítási fedezet megszüntetésével) és új csatlakozási nyilatkozat megtételével lehetséges.
e) Egy biztosítottra egyidőben egy csomag lehet érvényben.
f) **A csomagokba foglalt szolgáltatásokat és szolgáltatási limiteket, valamint a csomagok díját az 1. számú melléklet tartalmazza.**

8) BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS SZOLGÁLTATÁSOK

Adott biztosítottra vonatkozó biztosítási esemény és kapcsolódó szolgáltatás függ a választott biztosítási csomagtól, jelen pontban a négy elérhető csomag összes biztosítási eseménye és kapcsolódó szolgáltatása bemutatásra kerül.

a) **7/24 orvosi call center szolgáltatás**
aa) Biztosítási esemény a biztosított betegsége, megbetegedése.
ab) Az orvosi call center szolgáltatás telefonon történő orvosi tanácsadást jelent, amelyet a biztosított az ellátásszervező call centerének felhívásával vehet igénybe. Az orvosi tanácsadás keretében a call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat, melyek rögzítésre és tárolásra kerülnek.
ac) **Az ellátásszervező telefonszáma: +36-1-461-15-98.**
ad) Az orvosi tanácsadás keretében a biztosított a következőkről kaphat tájékoztatást magyar és angol nyelven:
- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- ügyeletes gyógyszertárakról,
- egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

ae) **A szolgáltatás során a call center által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem pótolják a személyes orvosi vizsgálatot.**
af) A szolgáltatás igénybevétele az alábbiak szerint történik:
- A biztosított felhívja az ellátásszervező call centerét, ahol egy operátor fogadja a hívást.
- Megtörténik a biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az alábbi adatok alapján: biztosított neve, kötvényszám, születési dátum.
- Az operátor egy orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a biztosított kérdéseit.

b) **Járóbeteg szakellátás megszervezése**
ba) Biztosítási esemény a biztosított betegsége vagy balesete.
bb) Ha a biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra, képalkotó diagnosztikai vizsgálatra, illetve labordiagnosztikai vizsgálatra szorul, úgy az ellátásszervező vállalja, hogy segítséget nyújt a biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltató megtalálásában, ahol az igényelt szakorvosi ellátás elérhető. Az ellátásszervező az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl a biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja.
bc) **A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a választott csomagtól, a járóbeteg szakellátást kiváltó biztosítási eseménytől és az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltási limittől függően vagy a biztosítás fedezi vagy a biztosított fizeti. A biztosítás által fedezett szolgáltatások leírását a 8) pont későbbi alpontjai tartalmazzák.**
bd) **A szolgáltatás igénylése az ellátásszervező call centerének (+36-1-461-15-98) felhívásával történik:**
- Ellátásszervezés igénylésére az általános orvosi tanácsadástól eltérően munkanapokon 8 és 20 óra között van lehetőség.
- A hívás során megtörténik a biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az 8) af) pontban felsorolt adatok alapján.
- Az operátor rögzíti az igényt, egyezteti a biztosítottal a preferált helyszínt és időpontot, majd megkezdi a kért szakvizsgálat, illetve ellátás megszervezését, illetve tájékoztatja a biztosítottat a folyamatról.
- A megszervezett vizsgálat időpontjáról, helyszínéről, valamint a biztosított által fizetendő várható költségről az operátor telefonon vagy e-mailben ad tájékoztatást. Az operátor a vizsgálat időpontját és helyszínét telefonos tájékoztatás esetén is megerősíti írásban.
- **A szakorvosi vizsgálat megszervezésnek határideje a bejelentéstől számított öt munkanap.**
- **Amennyiben a biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább egy munkanappal korábban nem értesíti az ellátásszervezőt, úgy a biztosított az adott szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.**

c) **Második orvosi vélemény szolgáltatás**
ca) A második orvosi vélemény alatt a biztosított által az ellátásszervezőnek feltett, a biztosított súlyos betegségére vonatkozó, orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvosszakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni.
cb) **A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:** hozzáférés nemzetközi orvosszakértők szaktudásához, elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá beterjesztett minden esetben. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával.
cc) A második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi, a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül **előzmény nélkül bekövetkező** betegsége esetén nyújtja:
- az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat),
- szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet,
- szervátültetések,
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát,
- az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció,
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák,
- az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

cd) **A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.**
ce) **A szolgáltatási igény bejelentése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.**

d) **A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások**
da) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkező betegsége vagy balesete, amely miatt egészségügyi ellátása válik szükségessé **a kocázatkizárások 4. számú mellékletében szereplők kivételével bármely, járóbeteg ellátásban elérhető orvosi szakágban,** mely ellátás járóbeteg szakellátás, ezen belül
- szakorvosi vizit,
- diagnosztikai vizsgálatok,
- labordiagnosztikai vizsgálatok,
- ambuláns beavatkozások
- és gyógyszerek felírása

keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges.
db) A biztosító és az ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi az ellátást, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A biztosító az ellátás költségét az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.
dc) **A biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor, vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel (előzménybetegséggel) ok-okozati kapcsolatba hozhatók. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi és diagnosztikai vizsgálatok, valamint a további gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.**
dd) **Terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít (maximum az éves limit erejéig).** A szakorvosi vizsgálattal egyidőben, annak részeként végzett ultrahang (UH) vizsgálat a térítés szempontjából nem számít önálló ellátásnak. A terhességhez kapcsolódó térítéses ellátás keretében genetikai ultrahang vizsgálat, valamint a genetikai rendellenességek kiszűrésére szolgáló kombinált teszt ultrahang eleme is igénybe vehető.
de) Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezéskor.
df) **Amennyiben a biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig. A biztosító ugyancsak utólag téríti meg a terhességi kombinált teszt ultrahang elemének költségét a felhasznált éves limit mértékétől függetlenül, amennyiben az egészségügyi szolgáltató az ultrahang vizsgálatról önálló számlát nem állít ki.**
dg) **A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**
dh) A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.

e) **Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása**
ea) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkezett, **szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított** betegsége vagy balesete, amely miatt további gyógyulásához a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások elvégzése válik szükségessé.
eb) **MR (mágneses rezonancia diagnosztika):** a biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.
ec) **CT (computer tomográf – számítógépes rétegfelvétel diagnosztika):** a biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.
ed) **Cardio-CT (tomográfiás diagnosztika):** a biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely alkalmas arra, hogy kimutasson olyan megbetegedéseket is és azok eredetét, melyeket a kardiológiai vizsgálatok (pl. terheléses EKG) nem mutatják ki egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős a szerepe.
ee) **PET-CT (pozitron-emissziós tomográfiás diagnosztika):** a biztosított olyan betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiák meghatározására és eredményességének követésére szolgál.
ef) A biztosító és az ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi a vizsgálatot, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A biztosító a vizsgálat költségét az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.
eg) Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra való jelentkezéskor.
eh) **Amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig.**
ei) **A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslattal. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**
ej) A szolgáltatási igény bejelentése, valamint a vizsgálat szervezése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.

f) **Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása**
fa) Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkezett betegsége vagy balesete, ami miatt olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozás válik szükségessé, amely a biztosított ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik, és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.
fb) A biztosító és az ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi az ellátást, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A biztosító az ellátás költségét az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.
fc) A műtéthez kapcsolódó előzetes ellátások, vizsgálatok (általában, de nem kizárólag laborvizsgálat, mellkas röntgen és általános orvosi vizsgálat) költségét, a műtétnél felhasznált implantátumok költségét, valamint a 24 órát meg nem haladó kórházi tartózkodás egyéb költségeit (hotelszolgáltatás költségeit) is fedezi a biztosítás.
fd) **Amennyiben a biztosításban fedezett sebészeti bevatkozás során komplikáció merül fel, és emiatt orvosilag indokolt módon meghosszabbított, 24 órát meghaladó kórházi tartozkódás, illetve további ellátások, vizsgálatok válnék szükségessé, az ezekhez kapcsolódó költségeket a biztosító nem téríti meg.**
fe) Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezéskor.
ff) **Amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig.**
fg) A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslattal. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező megalapozottnak minősítse.
fh) A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.

g) **Rettegett betegség szolgáltatás**
ga) Biztosítási esemény a biztosítottnál (a biztosítotton) a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt 25 különböző kritikus betegség, illetve orvosi beavatkozás valamelyikének diagnosztizálása, illetve alkalmazása. **A betegségek, illetve eljárások részletes leírását a 2. számú melléklet tartalmazza.**
gb) A rettegett betegségekhez kapcsolódó bármely, 2. számú mellékletben foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az 1. számú mellékletben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére, **feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve az orvosi beavatkozás elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van. A biztosító csak egy, a legkorábban bekövetkező rettegett betegség vonatkozásában teljesít szolgáltatást.**
gc) **A 2. számú mellékletben felsorolt események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha az esemény, valamint az eseményhez vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be. Előzménynek az tekintendő, ha a Biztosított csatlakozása előtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll. Előzménynek tekintendő továbbá, ha a kockázatviselés kezdete előtt 3 hónapon belül olyan tünetet észleltek, illetve laboratóriumi vagy képalkotó vizsgálat olyan eredménnyel zárult, melynek alapján betegség kialakulását és/vagy fennállását feltételezve részletes kivizsgálást javasoltak, illetve kezdeményeztek, s e betegségre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll. Műtéti beavatkozás végrehajtásával definiált események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha a kockázatviselés kezdetekor nem állt fenn az adott típusú beavatkozásra vonatkozó műtéti indikáció és/vagy műtéti előjegyzés.**
gd) A biztosító szolgáltatást csak a 3. számú mellékletben felsorolt dokumentumok benyújtása esetén teljesít.
ge) A biztosító a rettegett betegség szolgáltatását (a biztosítási összeg kifizetését) a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki. A biztosítási összeg kifizetésével a rettegett betegség fedezet megszűnik (a többi fedezet változatlan tartalommal életben marad).
gf) **A szolgáltatási igényt a többi szolgáltatástól eltérően a biztosítónál kell bejelenteni a 10) ab) pontban rögzített módon.**

9) VÁRAKOZÁSI IDŐ

a) Az egyes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a biztosító különböző hosszúságú várakozási időt köt ki:

Szolgáltatás	Várakozási idő
7/24 orvosi call center szolgáltatás	Nincs
Második orvosi vélemény szolgáltatás	Nincs
Járóbeteg szakellátás megszervezése	Nincs
A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások	Nincs
(kivéve terhességgel kapcsolatos szolgáltatások)	6 hónap
A biztosításban fedezett, terhességgel kapcsolatos járóbeteg szakellátások	Nincs
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Nincs
Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása	3 hónap
Rettegett betegség szolgáltatás	

b) A várakozási idő az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdettől számítandó.
c) **Amennyiben a nem baleseti eredetű, rettegett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a biztosító szolgáltatást nem teljesít, de a rettegett betegségre szóló fedezet életben marad.** A biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következik be.
d) **A várakozási idő értelmében terhességgel kapcsolatos járóbeteg szakellátás (8) dd) pont) a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével vehető igénybe.**

10) A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

a) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 munkanapon belül be kell jelenteni:
aa) rettegett betegség szolgáltatás kivételével kizárólag telefonon, az ellátásszervező call centerén keresztül (+36-1-461-15-98);
ab) rettegett betegség szolgáltatás esetében a szolgáltatási igénybejelentő formanyomtatvány biztosítónak történő elküldésével (levelezési cím: 1300

Budapest, Pf. 177, e-mail: nkm@cig.eu, fax: +36-1-247-20-21).
A bejelentés során a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

b) **A határidő elmulasztása, késedelmes kárbejelentés esetén a biztosító a szolgáltatás alól mentesül, de csak abban az esetben, ha a késedelmes kárbejelentés következtében a biztosító teljesítési kötelezettsége megállapításának szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenné válnak.**

c) A biztosító teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték, és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezekből a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. **Amennyiben a biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi titoktartás alóli felmentésről szóló adatkezelési nyilatkozatát az első kárbejelentés előtt a biztosítóhoz nem juttatja el, a biztosító és az ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.**

d) A biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.

e) A biztosított a biztosító előírásai és utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózását követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatnia kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő ápolásról és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. **Ha a biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt a biztosított állapota súlyosbodott, a biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól.** A kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

11) A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

a) **A biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosítási esemény jellegétől függően a következő iratokat kérheti:**
ba) kedvezményezett személyazonosságát igazoló dokumentum;
bb) a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (mint pl. a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy, tanúk nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szakértői vélemények másolatai);
bc) véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt;
bc) gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata;
bd) amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata;
be) a biztosítottnak a biztosítási eseménnyel, valamint a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. házi- vagy üzemorvosi, a járó- és fekvőbeteg ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, szövettani vizsgálati eredmények, ideértve CT, MRI és röntgenfelvételek és azok vizsgálati eredményeit is);
bf) a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosítotti adatokat tartalmazó iratok;
bg) azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak;
bh) idegennyelvű iratok esetén azok fordítása;
bi) hiánytalanul kitöltött adatkezelési nyilatkozat;
bj) az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentum;
bk) rettegett betegség szolgáltatás esetén hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány;
bl) rettegett betegség szolgáltatás esetén a 3. számú mellékletben rögzített dokumentumok.

b) A listában szereplő, biztosító által bekért iratok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik.

c) Amennyiben adott irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége, és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

12) KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG

a) A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

b) A biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a szerződő és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

c) 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.

d) A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a biztosított biztosításba való belépésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

e) A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a biztosított belépésétől az adott biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkezik 5 év már eltelt.

f) Ha a közlési kötelezettség megsértése csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi biztosított vonatkozásában nem hivatkozhat.

g) A közlésre 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.

13) MARADÉKJOGOK, TECHNIKAI KAMATLÁB, TÖBBLETHOZAM

a) A szerződés nem rendelkezik maradékjogokkal, kötvénykölcsönre, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.

b) A biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt, a biztosítás többlethozam-visszatérítéssel nem rendelkezik.

14) A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

a) **A biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a szerződő, a biztosított vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.**

15) KOCKÁZATKIZÁRÁSOK

a) **A biztosító kockázatviselése a szolgáltatások típusától függően nem terjed ki a 4. számú mellékletben található esetekre.**

16) A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

a) A biztosítási szerződés megszűnik azon a napon, amikor a biztosított csoport utolsó tagjára megszűnik a biztosító kockázatviselése. A kockázatviselés megszűnésének eseteit a 4) pont tartalmazza.

17) AZ ÜGYFELEK SZEMÉLYES ADATAINAK KEZELÉSÉRE VONATKOZÓ ELVI ÉS GYAKORLATI TUDNIVALÓK

a) Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat az 5. számú melléklet tartalmazza.

18) JOGNYILATKOZATOK

a) Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azokat írásban nyújtották be a biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, Flórián tér 1.). Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást.

b) Minden jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, Flórián tér 1.) beérkezett.

19) EGYÉB RENDELKEZÉSEK

a) A szerződő a biztosítás tartalmáról, a hozzá intézett, biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

b) A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 1 év.

c) Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőfokon a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér 1., telefon: +36-1-5-100-200, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu) fordulhat.
A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1534 Budapest BKKP Postafiók 777.) gyakorolja.
A panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:
- Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központja (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., honlapja: http://www.mnb.hu/fogyasztovedelem, levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777., telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- Pénzügyi Békéltető Testület (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén, székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9., honlapja: http://www.mnb.hu/bekeltetes, levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 06-80-203-776, e-mail: pbt@mnb.hu);
- a szerződési feltételekben megjelölt bíróság.

d) A jelen általános és különös feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország joga.

e) A jelen Általános Feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

f) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Pp. 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.

g) A biztosítással összefüggő, legfontosabb adózási szabályok a következők: a biztosító minden szolgáltatása a magánszemély biztosított adómentes bevétele.

h) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, megkísérelte kézbesíteni, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.

i) A biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről köteles évente jelentést közzétenni. A biztosító a fizető- képességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentést a honlapján (www.cigpannonia.hu) és a Budapesti Értéktőzsde honlapján teszi közzé.

j) A biztosító egyes alkalmazottai a biztosítási szerződéssel, a rendszeres díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosultak.

k) A biztosító a biztosítási termékre vonatkozóan tanácsadást nem nyújt.

1. SZÁMÚ MELLÉKLET: A BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK BEMUTATÁSA

A táblázatban „X" jelöli azokat a szolgáltatásokat, melyek adott biztosítási csomagban elérhetőek.

	Alap csomag	Optimum csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
7/24 orvosi call center szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járóbeteg szakellátás megszervezése (az ellátás díját a biztosított fizeti)	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év
A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások: • járóbeteg szakrendelés • diagnosztika • labordiagnosztika • ambuláns beavatkozások	-	-	Szolg. limit: 500 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év	Szolg. limit: 1 000 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év
Rettegett betegség szolgáltatás	-	Biztosítási összeg: 300 000 Ft	-	Biztosítási összeg: 1 200 000 Ft
Egynapos sebészeti beavatkozások	-	-	-	Szolgáltatási limit: 300 000 Ft/fő/év

A biztosítási csomagok havi díja
Érvényes: 2019. május 15-től

	Alap csomag	Optimum csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
Normál díj: 1 biztosított esetén	1 490 Ft/fő/hó	1 890 Ft/fő/hó	5 490 Ft/fő/hó	8 890 Ft/fő/hó
Kedvezményes díj: 1-nél több biztosított esetén a 2. biztosítottól	990 Ft/fő/hó	1290 Ft/fő/hó	-	-

2. SZÁMÚ MELLÉKLET: RETTEGETT BETEGSÉG SZOLGÁLTATÁS BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEI

1) Alzheimer kor
A szellemi teljesítőképesség hanyatlása és/vagy elvesztése a teljes agyi működés visszafordíthatatlan károsodása miatt, melyet Alzheimer kór és demencia kórismézésére kifejlesztett, klinikai bizonyítékokon alapuló szabványosított tesztek egyértelműen alátámasztanak. A betegségnek jelentős gondolkodó képességbeli károsodást kell eredményeznie, melyet neurológus szakorvosnak kell igazolnia.
Alkohol, kábítószer használattal vagy AIDS-szel összefüggő szellemi hanyatlás (demencia) nem képez biztosítási eseményt.

2) Aorta műtét
Életet veszélyeztető érrendszeri betegség miatt az aorta (fő verőér) mellkasi vagy hasi szakaszán végzett nagy műtét. Ide tartozik az aorta szűkület helyreállítása, aorta tágulat vagy érfalsérülés, szakadás korrekciója beültetett érpótlással. A minimal invazív eljárással beültetett stent nem képez biztosítási eseményt. Az aortából leágazó verőereken végzett műtétre sem terjed ki a biztosítás.

3) Aplasztikus vérszegénység
Krónikus és tartósan fennálló csontvelő elégtelenség, mely vérszegénységhez, a fehérvérsejtszám és/vagy vérlemezkék számának csökkenéséhez vezet, mely az alábbiak közül legalább egyféle kezelést tesz szükségessé:
a) vértermék transzfúzió,
b) csontvelő stimuláló szerek,
c) immunszupressziv szerek,
d) csontvelő-átültetés.
A diagnózist egy hematológusnak meg kell erősítenie.

4) Jóindulatú agydaganat, amely műtétet igényel vagy állandó neurológiai tüneteket okoz
Neurológus vagy idegsebész által megerősített életveszélyes, de nem rákos agydaganat. Ide tartoznak a koponyán belüli, agyi roncsolódást okozó daganatok is. Tumornak minősül mindaz, amely idegsebészeti kimetszést tesz szükségessé, vagy ha nem operálható, állandó neurológiai károsodást okoz.

5) Vakság
Mindkét szemre visszafordíthatatlan látásvesztés, betegség vagy baleset következtében. A vakságot szemész szakorvosának kell igazolnia. A vakságot orvosi eljárással nem lehet javítani vagy helyreállítani.

6) Agyműtét
Általános anestesiában (altatásban) a koponya megnyitásával (kraniotomia) az agyban aktuálisan végzett műtét. A kulcslyuk behatolás is ide tartozik. Baleseti eredetű agyműtét nem tartozik a biztosítási események közé. A beavatkozás szükségességét minősített specialistának kell véleményezni.

7) Rák
A kórszövettani lelettel igazolt rosszindulatú tumor diagnózisa. Ráknak minősül például a rosszindulatú limfóma és a rosszindulatú csontvelő rendellenességek, beleértve a leukémiát is.
A következők nem tartoznak ide:
a) in situ rákos megbetegedések, rákos in situ, nem invazív rák, diszplázia és minden rosszindulatút megelőző (premalignus) állapot,
b) a T2bN0M0-nál nem súlyosabb prostata rák,
c) papilláris vagy follikuláris pajzsmirigyrák, mely enyhébb, mint T2N0M0,
d) a bőr basál- sejtes és laphámsejtes karcinómái, valamint a dermatofibrosarcoma protuberans,
e) a rák diagnózisa a testnedvekben, és testváladékokban (vér, nyál, széklet vizelet) kimutatható tumor sejteken illetve tumor-asszociált molekulákon alapul további egyértelmű, döntő klinikai bizonyíték hiányában.

8) Állandó egészségkárosodáshoz vezető kóma

Az eszméletvesztéses állapot során külső ingerekre vagy belső szükségletekre a biztosított nem reagál. Az állapot minimum 96 órán át folyamatosan fennáll, s külső gépi támogatással tartható fenn az élet. Neurológus szakorvosnak kell igazolnia a folyamatos neurológiai károsodást. Kábítószer vagy alkoholfogyasztással közvetlenül összefüggő kóma nem képez biztosítási eseményt.

9) Koszorúér (bypass) műtét

Nyitott szívműtét, amelynél sternotómiát hajtanak végre (a szegycsont szétvágása) azért, hogy a beszűkült vagy elzáródott egy vagy több koszorúeret elkerülő graft beültetésével korrigálják. Bőrön keresztül végzett (percután) koszorúér beavatkozások, mint például angoplastica vagy más arteriás katéter-alapú technikával kivitelezett eljárás vagy laser eljárás nem képez biztosítási eseményt.

10) Műtétet igénylő Crohn-betegség

Crohn-betegség, ahol többszörös, részleges bélkimetszést (resectio) végeztek több különböző kórházi bent fekvés során.

11) Süketség

A hallás teljes, visszafordíthatatlan károsodása, betegség vagy baleset következtében. Fül-orr-gégész szakorvosnak kell igazolnia, mely igazolásnak audiometrikus és hangküszöbvizsgálatot kell tartalmaznia. A süketség orvosi eljárással nem orvosolható.

12) Szívsebészeti műtét

Az első nyílt vagy endoszkópos szívsebészeti beavatkozás, melynek során egy vagy több szívbillentyű cseréjét, korrekcióját hajtják végre olyan rendellenesség miatt, melyet artériás katéteres eljárásokkal nem tudnak elvégezni. A műtétet kardiológus szakorvos javaslata alapján kell végrehajtani.

13) HIV-fertőzés a vérátömlesztés miatt

Az HIV vírus által okozott fertőzés vagy következményeként diagnosztizált szerzett immunhiányos szindróma (AIDS), ha a fertőzés bizonyíthatóan a fertőzött vér vagy vérkészítmények transzfúziójából származik, mely hatóságilag igazoltan és bizonyíthatóan a biztosítási szerződés megkötését követően történt vérátömlesztésből ered. A HIV fertőzéssel való szérumkonverziónak a transzfúziót követő hat hónapon belül meg kell történnie.

14) Végstádiumú veseelégtelenség, amely állandó dialízist igényel

A végstádiumú krónikus vesebetegség (veseelégtelenség), ami miatt rendszeres dialízis szükséges.

15) Végstádiumú májelégtelenség

A végstádiumú májbetegség vagy májzsugor a krónikus végstádiumú májelégtelenséget jelenti, amely az alábbiak legalább egyikét okozza:
a) kontrollálhatatlan asczitesz,
b) állandó sárgaság,
c) nyelőcső vagy gyomor értágulatok (várixok),
d) máj eredetű agyi elváltozás (Hepatikus enkefalopátia).
Az alkohol vagy a kábítószer használat miatt kialakuló májbetegség kizárt.

16) Végtagvesztés

Sérülés következtében kettő vagy több végtag anatómiai vagy funkcionális teljes és vissza nem állítható elvesztése.

17) A beszéd teljes és végleges elvesztése

A beszédkészség teljes és végleges elvesztése legalább folyamatosan tizenkét hónapig. Az orvosi bizonyítékot megfelelő (fül-orr-gégész) szakembernek kell igazolnia, és meg kell erősítenie a hangszálak sérülését vagy betegségét. Minden pszichiátriai ok kizárt. Az állapot orvosi eljárással nem gyógyítható, javítható.

18) Jelentős (harmadfokú) égési sérülések

Harmadik fokú égési sérülések, amelyek a testfelület legalább 20%-át fedik le.

19) Szervátültetés (szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy)

A következő teljes emberi szervek egyikének transzplantációja: szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy.
Nem terjed ki a következőkre: egyéb szervek, szervek részei, szövetek vagy sejtek transzplantációja.

20) Motoneuron betegség (mozgató idegsejt károsodásával járó betegség)

A Motoneuron betegség egyértelmű diagnózisa a neurológiai tanácsadóval, a megfelelő és releváns neurológiai jelek végleges bizonyítékával.

21) Szklerózis multiplex

A Szklerózis multiplex az agy és/vagy a gerincvelő gyulladásos és demyelinizációs betegsége, mely neurológiai tüneteket és panaszokat is okoz. A betegség diagnózisát neurológus szakorvosnak kell megerősítenie a nemzetközileg elfogadott, hatályos kritériumok alapján. Jelenleg a felülvizsgált McDonald 2010* kritériumrendszer a hatályos.
A lehetséges Szklerózis multiplex és az izolált neurológiai szindrómákra utaló jelek, amiket nem e betegségként diagnosztizáltak, kizártnak tekintendők.
* Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. A sclerosis multiplex diagnosztikája: a McDonald-kritériumok 2010. évi felülvizsgálata. Ann Neurol 2011; 69: 292-302

22) Szívinfarktus

Az akut miokardiális infarktus végleges diagnózisa: a szívizom elhalása, melyet a véráramlás elzáródása okoz. Ezt a típusos kardiális bioklémiai markerek emelkedésével vagy csökkenésével kell alátámasztani (Troponinl, Troponin T vagy CK-MB). A kapott értéknek a felső referencia-határérték 99. percentilise felett kell lennie, valamint az alábbiak egyikének kell teljesülnie:
a) akut szívroham következményeként kialakult szívbetegségek,
b) sorozatos EKG elváltozások a következők bármelyikének kifejlődésével: ST eleváció vagy depresszió, T hullám inverzió, kóros Q hullám vagy bal Tawara szár block.
Egyéb akut koszorúér-szindrómák, ideértve többek között az instabil anginát is, kizártak.

23) Parkinson-kór

A Parkinson-kór egyértelmű diagnosztizálása neurológus által, a progresszív és tartós neurológiai károsodás végleges jeleire alapozva, ahol a biztosított képtelen az alábbi hat napi tevékenység közül legalább hármat elvégezni a megfelelő gyógyszeres kezelés ellenére.
A kábítószer vagy mérgezés okozta Parkinson-kór kizárt.
A mindennapi élet tevékenységei:
a) öltözködés – a ruházat felvétele és levétele segítség nélkül;
b) mozgás – ágyból vagy székből felkelés illetve visszafekvés vagy ülés segítség nélkül;
c) mobilitás – szobák közötti mozgás fizikai segítség nélkül;
d) continencia – bél- és húgyhólyag működésének szabályozására alkalmas képesség a személyes higiénia fenntartása érdekében;
e) étkezés – étkezés segítség nélkül;
f) fürdés – fürdés és/vagy zuhanyozás segítség nélkül.

24) Stroke, amely állandó/tartós neurológiai hiányhoz vezet

Az agyszövet pusztalása nem megfelelő vérellátás vagy vérzés miatt, amely az alábbiak mindegyikét eredményezi:
a) új idegrendszeri tünetek hirtelen kialakulása,
b) a klinikai vizsgálat során új objektív neurológiai hiányosságok folyamatosan a stroke diagnózisát követő legalább hatvan napon belül,
c) a CT-vizsgálattal vagy az MRI-vel kapcsolatos új eredmények a klinikai diagnózissal összhangban.
A fenti meghatározás nem terjed ki a következőkre:
a) átmeneti iszkémiás zavar,
b) az agyszövet vagy az erek traumás sérülése,
c) egy már korábban létező agyi elváltozás másodlagos bevérzése,
d) klinikai tünetek nélkül, kizárólag az agy képalkotó vizsgálata során véletlenszerűen észlelt elváltozás,
e) a látóideg vagy retina szövetek elhalása.

25) Fekélyes vastagbélgyulladás

Súlyos fekélyes vastagbélgyulladás, ahol teljes vastagbél eltávolítást végeztek.

3. SZÁMÚ MELLÉKLET: A RETTEGETT BETEGSÉG SZOLGÁLTATÁS KÁRBEJELENTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES ADATOK, DOKUMENTUMOK

A biztosító a 2. számú mellékletében felsorolt biztosítási események miatt felmerülő szolgáltatási igényeket az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvos szakértője bírálja el. A biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

a) Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.
b) Szívinfarktus elfogadásának feltételei a következők:
- a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
- az infarktusra jellemző EKG eltérések megléte;
- a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.
c) Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti leírás vagy annak kivonata szükséges.
d) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 90 nap múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.
e) Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.
f) Létfontosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.
g) Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.
h) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
i) Az ún. „4 alapvető napi tevékenység" elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálata alapján történik.
j) Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.
k) AIDS- (HIV-) betegség elfogadása fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
l) Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
m) Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon, vagy intenzív osztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatot, azok eredményére is szükséges a betegség elfogadásához.
A biztosító a fenti dokumentumok szkennelt, olvasható formátumú változatát is elfogadja.

4. SZÁMÚ MELLÉKLET: KOCKÁZATKIZÁRÁSOK

A táblázatban „X" jelöli azokat a szolgáltatásokat, melyek esetében az adott kizárás alkalmazandó.

Jelmagyarázat:
1. --> 7/24 orvosi call center szolgáltatás
2. --> Járóbeteg szakellátás megszervezése
3. --> Második orvosi vélemény szolgáltatás
4. --> A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások
5. --> Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása
6. --> Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása
7. --> Rettegett betegség szolgáltatás

Kizárt kockázatok leírása	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
A kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás			X	X	X	X	X
A kockázatviselés ideje alatt bekövetkező olyan biztosítási esemény, ami előzménybetegséggel ok-okozati összefüggésbe hozható			X	X*	X	X	X
Azok a biztosítási események, melyek összefüggésbe hozhatók a biztosított szándékos, önmagának okozott kárral	X	X	X	X	X	X	X
Felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határvillongásban való részvételből eredő biztosítási események	X	X	X	X	X	X	X
Az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási események	X	X	X	X	X	X	X
A Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkohol szint) állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következő biztosítási esemény.	X	X	X	X	X	X	X
Az a biztosítási esemény, ami nem szakvégzett és szakképzett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy olyan, orvos által végzett gyógykezelés során, amelynél nem tartották be az orvosszakmai előírásokat	X	X	X	X	X	X	X
Kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események	X	X	X	X	X	X	X
Az a biztosítási esemény, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következett be	X	X	X	X	X	X	X
Az a vizsgálat, ellátás: o amelynek igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt és/vagy o amelynek igénybevétele nem az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatónál történt.				X	X	X	
Az alábbiakból eredő egészségügyi ellátások: o sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából, o az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt, o katasztrófa miatti ellátás, o járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban, o tüdőgyógyászati gondozás, o addiktológiai gondozás, o alkohológiai gondozás, o drogbeteg-ellátás, gondozás, o foglalkozás-egészségügyi szakellátás, o akupunktúrás kezelés, o fogászati diagnosztika, szakellátás, o fogászati indikációval kapcsolatos egyéb ellátás (pl. szájsebészeti ellátás keretében bölcsességfok eltávolítás), o onkológiai szakellátás, o pszichiátriai szakellátás, o lézeres körömgomba-eltávolítás, o geriátriai kezelés, gondozás, o dialízis kezelés, o digitális dermatoscopia, o visszér betegség injekciós kezelése (scleroterápia), o nemibeteg gondozás, o a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok, o pszichiátriai kezelés, o gyógypedagógiai kezelés, o fizio- és mozgásterápiás kezelés, o intenzív betegellátás, o klinikai onkológiai gondozás o HIV-betegek gondozása, o Hepatitis C betegek gondozása, o aneszteziológiai ellátás**				X	X	X	

Az a vizsgálat, ellátás, amelyet előíró orvosi javaslat/beutaló nem tartalmazza az orvos pecsétjét					X	X	
Orvosi javaslat hiányában igényelt egészségügyi szolgáltatás					X	X	
Az a vizsgálat, ellátás, amelyet előíró orvosi javaslatot/beutalót nem szakrendelő orvosa állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.					X	X	
A kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok körében felmerülő biztosítási esemény:kapcsolatban, a jogszabályból eredő kötelező védőoltások és szűrések				X	X		
Az alábbi diagnosztikai vizsgálatok: o széklet genomika teszt o ételintolerancia teszt o hajdiagnosztika o kapszula endoszkópia o CT-lézer mammográfia o sztereotaxiás biopszia				X			
Az alábbiakból eredő egynapos sebészeti beavatkozások: o Sterilisatio laparoscopica feminae o Sterilisatio laparoscopia kapoccsal o Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel o Sterilisatio laparoscopia monopol. Elektródával o Sterilisatio laparoscopia bipol. Elektródával o Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte o Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából o Terhességmegszakítás intraamnialis gyógyszerrel o Terhességmegszakítás extraamnialis gyógyszerrel o Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal o Interruptio Hegar tágítással, curettage-zsal o Interruptio laminaria tágítással o Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése o Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások o Művi megtermékenyítés o Szépészeti okból végzett plasztikai műtetek o Orrsövényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások o Visszérműtét						X	
A következő sporttevékenységekkel összefüggő biztosítási események: búvárkodás, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás, ejtőernyőzés							X

*: A 8) db) pont szerint alkalmazandó:a biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor, vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel kapcsolatosak. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi vagy egyéb diagnosztika és gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.
**: Az egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása tekintetében az aneszteziológiai ellátás nem kizárt ellátás.

5. SZÁMÚ MELLÉKLET: AZ ÜGYFELEK SZEMÉLYES ADATAINAK KEZELÉSÉRE VONATKOZÓ ELVI ÉS GYAKORLATI TUDNIVALÓK

Adatvédelmi tájékoztató

1) A biztosító adatkezelésének jogalapja, a kezelt adatok köre

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. 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. Ezen céltól eltérő adatkezelést a 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.

a) Az Ön személyes adatait a biztosító a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezeli. A kezelt adatok köre kiterjed az ajánlat megtétele és annak esetleges kiegészítése során, vagy a szerződés teljesítése érdekében megadott személyes adatokra. (GDPR 6. cikk b.) pont szerinti adatkezelés)

b) A személyes adatok egy részét a biztosító jogszabályi kötelezettség teljesítése érdekében kezeli. Ilyen adatok szükségesek az adóigazolás kiállításához, a pénzmosási elleni intézkedések keretében szükséges kötelezettség teljesítéséhez. Ezen adatok a biztosítási szerződés teljesítéséhez, annak pénzügyi nyilvántartásához, illetőleg az okmánymásolási kötelezettség teljesítéséhez kapcsolódnak. Ezen személyes adatok köre nem terjed túl a biztosítónak a szerződés teljesítése során kezelt adatok körén. (GDPR 6. cikk c.) pontja)

c) Előfordulhat, hogy egyes személyes adatok kezelésére a biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése alapján kerül sor. Ilyen személyes adatok kezelésére kerülhet sor a károkozóval szembeni igényérvényesítés és más hasonló követeléskezelés során. Az ilyenkor kezelt adatok köre megegyezik a biztosító szerződés teljesítése érdekében szükséges adatkezelés során felsorolt adatok körével. (GDPR 6. cikk f.) pontja)

d) Egyes szerződések, vagy jogszabályi kötelezettségek teljesítése kapcsán a biztosító az Ön hozzájárulásával kezeli a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatokat. Ilyen személyes adatokat az egészségügyi adatok, amelyek ismerete az egészségi állapothoz kötött élet, baleset, betegség és felelősség biztosítások, továbbá személyi sérülések káresemények rendezése kapcsán nélkülözhetetlen.

Ön az ad) pontban jelzett esetben a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatainak kezelését megtilthatja, azonban ez a biztosító teljesítésének elmaradásával járhat. Az ac.) pontokban jelzett esetekben az adatkezelésre nem az Ön hozzájárulása alapján kerül sor, ezért az ilyen adatkezelés az Ön egyoldalú nyilatkozata alapján nem szüntethető meg.

2) Az adatkezelő adatai és felügyeleti hatóságai

Adatkezelő: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (1033 Budapest, Flórián tér 1.)
Adatvédelmi tisztségviselő: Dr. Csevár Antal, vezető jogász (e-mail: jog@cig.eu; címe: 1033 Budapest, Flórián tér 1.; telefonszáma: + 36 1 5 100 200; fax: + 36 1 247 2021
Tevékenységi központ: 1033 Budapest, Flórián tér 1. akkor is, ha a biztosító a határon átnyúlóan végzett tevékenysége kertén belül kezel személyes adatokat.
Felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank (címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; telefonszáma: :+ 36 80 203
776, fax száma: + 36 1 489 9102; Email: ugyfelszolgalat@mnb.hu; levélcíme: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.; https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/biztositasok
Felügyeleti hatóság (**adatvédelemmel kapcsolatban**): Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (címe: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22c, levelezési címe: 1530 Budapest, Pf..5; c; elérhetősége: Telefonon:
+36 1 391 1400, fax: +36 (1) 391-1410; E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu; URL http://naih.hu)

3) Az egyes adatkezelési műveletek és adatfeldolgozók

Az adatfeldolgozók a Biztosító megbízásából, a tőle kapott utasításoknak és céloknak megfelelően a személyes adatokkal kapcsolatos technikai műveletek elvégzésére jogosultak, amelynek során a személyes adatokról döntést nem hozhatnak. Az egyes adatfeldolgozók azonosító adatait, a részükre átadott adatok körét és az elvégzett technikai műveletek felsorolását a Biztosító naprakészen a honlapján hozza nyilvánosságra és teszi bárki által elérhetővé. Az adatfeldolgozók személye a szerződés fennállása alatt változhat.

4) A biztosításközvetítők szerepe

A függő biztosításközvetítő adatkezelésére a Biztosítóra irányadó rendelkezések vonatkoznak azzal a korlátozással, hogy azon személyes adatokat jogosultak kezelni, amelyek a szerződés létrehozása és fenntartása, továbbá a díjazásuk jogosultságának megállapításához szükségesek. A független biztosításközvetítő önálló adatkezelő, aki a biztosítási szerződés létrejötte érdekében továbbítja az Ön személyes adatait a Biztosító részére. A független biztosításközvetítőtől érkező személyes adatokat a Biztosító a szerződés létrejötte esetén önálló adatkezelőként kezeli.

5) Az Ön személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogai

Tájékoztatáshoz való jog
Személyes adatainak kezelésével kapcsolatban, szóban, vagy írásban tájékoztatást kérhet a szerződéses kapcsolat létrejöttét megelőzően, ennek hiányában személyes adatai megadásakor. A tájékoztatást a biztosító a személyes adatok felvételekor, vagy egyéb esetekben legkésőbb a kérést követő 30 napon belül díjmentesen nyújtja. A szóbeli tájékoztatás feltétele a személyazonosság és a tájékoztatáshoz való jogosultság előzetes megállapítása.

Hozzáférési jog
A biztosító a személyes adatok kezelésről szóló általános tájékoztatását a honlapon hozza nyilvánosságra. Az egyes személyes adatok kezeléséről, a kezelt adatokról a biztosító az Ön írásbeli, vagy szóbeli megkeresése alapján nyújt tájékoztatását.

Helyesbítéshez való jog
Kérheti az adatainak helyesbítését, hiányos adatainak kiegészítését. A kérelmének teljesítéséhez a Biztosító Öntől okiratot kérhet be, amelynek adatai alapján a helyesbítést vagy kiegészítést haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül elvégzi. A személyes adatok pontosításáról a biztosító írásbeli értesítést küld az Ön számára.

A törléshez (elfeledéshez) való jog
A Biztosító az Adatvédelmi rendeletben meghatározott okokból haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törli az Ön személyes adatait. Ilyen okok állnak fenn, ha

- a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtötték vagy más módon kezelték;
- Ön visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja;
- Ön tiltakozik az adatkezelése ellen, és nincs elsőbbséget élvező jogszerű ok az adatkezelésre, vagy az Ön személyes adatainak kezelésére közvetlen üzletszerzés céljából, valamint ehhez kapcsolódó profilalkotás miatt került sor,
- az Ön személyes adatait a Biztosító jogellenesen kezeli, vagy kezelte;
- a személyes adatokat az adatkezelőre alkalmazandó uniós vagy tagállami jogban előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell;
- a személyes adatok gyűjtésére az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások kínálásával kapcsolatosan került sor.
- vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát;
- az adatkezelés jogellenes, azonban ellenzi az adatok törlését, és helyette kéri azok felhasználásának korlátozását;
- a biztosítónak már nincs szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy
- Ön a biztosító jogos érdekből történő adatkezelése ellen tiltakozott; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy az adatkezelő jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az Ön jogos indokaival szemben.

A törléshez való jog Önt akkor illeti meg, ha a személyes adatainak kezelésére kizárólag a hozzájárulása alapján került sor.
Amennyiben a biztosított visszavonja az egészségügyi adatai kezelésének jogalapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja, a Biztosító az Adatvédelmi rendeletben meghatározottak szerint haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törli a biztosított egészségügyi adatait. A visszavonás következtében a biztosítotti jogviszony, amennyiben bármely szolgáltatására vonatkozó kárigény elbírálásához a biztosított egészségügyi adatainak kezelése elengedhetetlen, a visszavonást követő hónap utolsó napján megszűnik.
A személyes adatok törléséről a biztosító írásbeli értesítést küld az Ön számára.

Az adatkezelés korlátozásához való jog
Kérheti az adatkezelés korlátozását, ha

- vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát;
- az adatkezelés jogellenes, azonban ellenzi az adatok törlését, és helyette kéri azok felhasználásának korlátozását;
- a biztosítónak már nincs szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy
- Ön a biztosító jogos érdekből történő adatkezelése ellen tiltakozott; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy az adatkezelő jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az Ön jogos indokaival szemben.

Amennyiben az adatkezelés korlátozás alá esik, az ilyen személyes adatokat a tárolás kivételével csak az Ön hozzájárulásával, vagy jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez, vagy más természetes vagy jogi személy jogainak védelme érdekében, vagy az Unió, illetve valamely tagállam fontos közérdekéből lehet kezelni.

Adathordozhatósághoz való jog
Jogosult arra, hogy az Önre vonatkozó és a biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja, továbbá jogosult arra, hogy a biztosítóval ezeket az adatokat közvetlenül egy másik adatkezelőnek továbbíttassa. Az adattovábbítás feltétele, hogy a Biztosító az Ön az személyes adatait a hozzájárulása alapján kezeli, vagy az adatkezelés szerződésen alapul és az adatkezelés automatizált módon történik. Az adathordozhatósághoz való jog nem érintheti hátrányosan mások jogait és szabadságait.

A tiltakozáshoz való jog
Ön jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon személyes adatainak a biztosító, adatfeldolgozója, vagy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges okból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is. Ebben az esetben a Biztosító a személyes adatokat nem kezelheti tovább, kivéve, ha bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az Ön érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.
Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, Ön jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon a rá vonatkozó személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az a közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik. Amennyiben Ön tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők.

A biztosítási titokkal kapcsolatos rendelkezések
Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító, a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
A biztosításközvetítő az ügyfelek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

Az fenti céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
A biztosító vagy viszontbiztosító, saját, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat a Bit.-ben meghatározott eseteket kivéve, csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott, továbbá a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát az alábbi szervek rendelkezésére:
a) a feladatkörében eljáró felügyelet,
b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfel- ügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonfelügyelő, bíróság,
d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő,
e) az adóhatóság abban az esetben, 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,
f) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
g) feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
h) feladatkörében eljáró gyámhatóság,
i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
k) a viszontbiztosító, a csoport másik vállalkozása, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók,
l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szerv, a kár-

történeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szerv, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatóság, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala,

m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosító,

n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymásközti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, a kárrendezési megbízott és kárképviselő, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozó,

o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,

p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő,

q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,

r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság,

s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásnak részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosító,

t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szerv, a mezőgazdasági igazgatási szerv, az agrárkár-enyhítési szerv, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,

u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,

ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a 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.

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.

A biztosító vagy a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító, biztosításközvetítő az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Info tv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

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 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.

Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg. A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások teljesítése során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti 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 (Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

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.

A biztosító (a Bit. 149. §-nak alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a Bit. 149. §-nak alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a Bit. 149. § (3)–(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került. A megkeresés során a biztosító a Bit.-nek az alábbi, 149 - 151. § rendelkezéseit köteles betartani.

„149 § (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.

(3) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;

b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;

c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

(4) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3.-9., és 14.-18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;

b) biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;

c) az b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

(5) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 10.-13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;

b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a (4) bekezdés b)–e) pontjában meghatározott adatokat;

c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;

d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat; és

e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

(6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:

a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,

b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.

(7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

(8) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

(9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

(10) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

(11) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

(12) Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a (8)-(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

(13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(14) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

150. § (1) A biztosítók – az 1. melléklet A) rész 3.-6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza

a) a szerződő személy azonosító adatait;

b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;

c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és

d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.

(2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő 30 napon belül továbbítja az Adatbázisba.

(3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.

(4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat 8 napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.

(5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.

(6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandóak.

(7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.

(8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.

(10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.

(11) Biztosítási szerződés létrejötte esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.

(12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

(13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

(14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

(15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az (1) bekezdésben meghatározott célból kezelheti.

(16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

151. § (1) A 150. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 150. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő biztosítók megállapodást megelőző piaci részesedés szerint számított kétharmada megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.

(2) Az adatbázis létrehozásának további feltétele, hogy az Adatbázisba adatot szolgáltató biztosítók az Adatbázisba továbbított adatok továbbításának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák."