

OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítás BIZTOSÍTÁSI TERMÉKISMERTETŐ

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

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

Fedezett kockázatok és a biztosító szolgáltatása:

- 7/24 orvosi call center szolgáltatás:** a biztosított megbetegedése esetén nyújtott telefonos, orvosi tanácsadás
- Járóbeteg szakellátás megszervezése a biztosított megbetegedése esetén** (ellátás költségét a biztosított fizeti)
- Második orvosi vélemény szolgáltatás:** a biztosított súlyos betegségére vonatkozó, orvosi tárgyú kérdés alapján nemzetközi orvosszakértő által készített orvosi távszakvélemény
- 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.

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

- rettegott betegség szolgáltatás kivételével kizárólag telefonon, az ellátásszervező call centerén keresztül (+36-1-461-15-98);
- rettegott 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 bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

Biztosítási csomagok és szolgáltatási limitiek:

	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
Rettegott 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 (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
Rettegott betegség szolgáltatás	3 hónap

A várakozási idő az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdettől számítandó. Amennyiben a nem baleseti eredetű, rettegott betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a biztosító szolgáltatást nem teljesít, de a rettegott betegségre szóló fedezet életben marad. A biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következik be.

A várakozási idő értelmében terheléssel 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 marandó 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 puccskísérlésben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határviilongásban 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 földgázszolgáltatási 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) 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 Földgázszolgáltató Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) vagy e-mailben (ugyfelszolgalat@nkmfoldgaz.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 esedékességének hónapjának utolsó napján, ha addig a szerződő a hátralékos díjat nem fizette meg;
- a biztosított halálával;
- ha a biztosított szerződővel kötött földgáz szolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik;
- a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korlátár elérésekor.

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

A termékre vonatkozó teljes körű, szerződés-kötés előtti és szerződéses tájékoztatás az OTTHON Vítál Csoportos Egészségbiztosítás Általános és Különös Feltételeiben található.

Érvényes: 2018. november 20-tól

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. OTTHON VITÁL Csoportos Egészségbiztosítás

Általános és Különös Feltételek és Ügyfél-tájékoztató

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 Földgázszolgáltató 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, egyszerű, 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 belül) szakonvosi ellátást tesz szükségessé. A kialakult sérülés (károsodás) a balesettel közvetlen oksági összefüggésben van bizonyíthatóan, és egy éven belül halált, átmeneti, vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre.

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 évről való közötti időszak.

e) Biztosítási évről való: 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 csatlakozással nyilatkozik, és akire vonatkozó biztosítási díjat a szerződő megfizette. Biztosított továbbá a szerződő ügyfelel egy háztartásban élő, Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozója (házastársa, egyeneságbeli rokona, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője, valamint a testvére), illetve a szerződő ügyfélnek élettársa, továbbá az élettárs gyermekei és az élettárs szülei is, akit felhatalmazása alapján a szerződő ügyfele a csoportos biztosításba írásbeli vagy szóbeli csatlakozással nyilatkozással 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,
 - Ekvilvuzi 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,
 - Ekvilvuzi 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 egészségügyi 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. (BACHHUHB)

A Biztosító jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság

Céginformációszám: 01-10-045857

A biztosító a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál van nyilvántartva.

h) Család: az alábbi személyek összessége:

- a szerződővel érvényes szerződés jogviszonyban álló természetes személy, a szerződő ügyfele, valamint
- a szerződő ugyananez ügyfelel egy háztartásban élő, Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozója (házastársa, egyeneságbeli rokona, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője, valamint a testvére), illetve a szerződő ügyfélnek élettársa, továbbá az élettárs gyermekei és az élettárs szülei is.

Az egy családból biztosításba bevontható biztosítottak száma maximum 5 fő.

A) Egészségügyi dokumentáció: A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentáció 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 körkörüment, 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 alaptípusát, a kísérőbetegségeket és szövődéseket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegséget, illetve a kockázati tényezőket megnevezését,
- az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- a beteg gyógyszer-tulérékenységre vonatkozó adatait,
- a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- a biztosítottak (betegnek), illetőleg tájékoztatóra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a bejegyzés, 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 konzilium során keletkezett iratokat,
- az ápolási dokumentációt,
- a kárpótló 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 (zárszám) kell készíteni, és azt a biztosítottak 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 igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen:

- a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,
- a keresőképességnek,
- a munkajogi és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatási 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 egyes egészségügyek megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megálljtámasztása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedések következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotrólmas megelőzése céljából a biztosított (beteg) vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fenntartási érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerrel, a gyógyászati segédesszközzel, a gyógyászati eljárásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységeket.

m) Egészségügyi szolgáltatás: 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 szolgáltatásokkal szerződést kössön, és a biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszerveze, 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 maradóan 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 egyszerű, illetve akalmoserőti egészségügyi ellátás.

r) Járóbeteg szakellátás keretében végzett ambuláns beavatkozások: olyan, járóbeteg ellátás keretében, altatás nélküli igénybe vehető sebészeti, illetve egyéb szakterületi kezelések, beavatkozások amelyek elvégzését követően a beteg azonnali, 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 kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvos, akik a biztosított gyógykezeléséről 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 engedéllyel rendelkezik.

v) Szerződő: az NKM Földgázszolgáltató Zrt., amely a biztosítási szerződést megkötő, az érvényes jognyilatkozatokat tesz, és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.

w) Területi és időbeli hatály: a biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területén bekövetkező 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 kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam.

b) A biztosítottak beépése a csoportos biztosítási szerződésbe:

ba) A szerződő ügyfele 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 felhatalmazásuk alapján a szerződő ügyfele jelenti be a biztosításba a szerződővel közös 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 tárgyhoz első napján élő biztosítási fedzettel 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 visszaigazolás küldi ügyfelének arról, hogy a biztosító kockázatviselése rá és/vagy hozzátartozóra kiterjed. A biztosított csatlakozási nyilatkozatát a szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennyeg) napos határidőn belül azonnali hatállyal a szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (NKM Földgázszolgáltató Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) vagy e-mailben (ugyfzolgalat@nkmfoldgaz.hu) visszavonhatja, amennyiben még nem vette igénybe a biztosítás valamely szolgáltatását. A nyilatkozat visszavonása esetén a biztosított adott biztosított vonatkozásában díjfizetést nem vár el.

be) A szerződő ügyfele a csatlakozási nyilatkozattal

- a csoportos biztosítási szerződésbe biztosítottként belép és/vagy belepelti hozzátartozót;

- elfogadja jelen általános és különös feltételeket, és hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá, illetve a hozzátartozóra kiterjedjen;
- felhatalmazást ad arra, hogy a havi biztosítási díj rá és hozzátartozóra eső részét a szerződő tölle beszedje;
- a biztosítás adminisztrációjához szükséges személyes adatai kezeléséhez kapcsolódó hozzájárulását megadja.

c) A szerződő ügyfelének, akár saját magát, akár hozzátartozót jelenti be biztosítottként, a csatlakozási nyilatkozatát 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 szülő adatkezelési nyilatkozatát postai úton (levelezési cím: 1300 Budapest, Pf. 177), személyesen (1033 Budapest, Flórián tér 1.) vagy e-mailben (nkm@cig.eu; szkennelt és futóztított 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 KOCKÁZATVISÉLÉS KEZDETE ÉS VÉGE, VALAMINT A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

a) A kockázatviselés kezdete az egyes biztosítottakra vonatkozóan a biztosítottak 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 3 hónap. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés kezdete naptári hónapját követő második hónap utolsó napjáig tart. Az utolsó biztosítási időszak annak a három hónapos időszaknak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a biztosító kockázatviselése megszűnik és ugyanennek a három hónapos időszaknak az utolsó napján 24 óráig tart.

A kockázatviselés a teljes biztosított csoportra megszűnik:

ca) a biztosítási és esedékességének hónapjának utolsó napján, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, a szerződő a díjfizetésre halasztást nem kapott, és a biztosító kockázatviselés 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 fentieknek túl megszűnik (a biztosított csoport többi tagjára vonatkozóan változatlan kockázatviselés mellett):

da) a biztosított halálával a halál napján;

db) ha a biztosított szerződővel kötött földgáz szolgáltatásra létrejött szerződés jogviszonya megszűnik, a megszűnés hatálynapja hónapjának utolsó napján;

dc) a biztosítottak a szerződőhöz írásban (e-mailben vagy postai úton) intézett felmondó nyilatkozata esetén a nyilatkozat kézhezvételét hónapját tartalmazó biztosítási időszak utolsó napján;

dd) a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korlátár elérése hónapjának utolsó napján;

de) a csatlakozási nyilatkozat (3) b) 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 díjkezdvezményt 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 biztosítási 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 fedzettel rendelkező biztosítottakra vonatkozik.

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

f) Ha a Szerződő a biztosítás díját az esedékesség hónapjának utolsó napjig 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 napjig viseli. A türelmi idő alatt a szerződő az elmaradt díjrészeket 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 csoportoz történő csatlakozásokor a biztosítottak figyelmét erre fel kell hívni.

6) A BIZTOSÍTÁSI DÍJ MÓDOSÍTÁSA

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

b) A biztosító a szerződő 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 megítélésekor egyéni igényeinek megfelelően a biztosított választ, figyelembe véve a 2) f) pontban rögzített korlátokat is.
- c) **Egy család biztosítottjaira (a szerződő ügyfélre és hozzátartozóira) csak ugyanaz a csomag választható.**
- d) Csomagok közötti váltás a korábban választott csomag lemondásával (biztosítási fedezet megszüntetésével) és új csatlakozási nyilatkozat megítélésével lehetséges.
- e) Egy biztosítottra egy időben 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 rögzítése és tárolása kerülnek.
- ac) **Az ellátásszervező telefonszáma: +36-1-461-15-98.**
- ad) Az orvosi tanácsadás keretében a biztosított a következőkötő kaphat tájékoztatást magyar és angol nyelven:
- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségügyiről kapcsolatos kérdésekről,
 - gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
 - orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyletekről,
 - ügyeletés gyógyterápiákról,
 - 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 orvosi munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a biztosított kérdésait.

b) Járóbeteg szakellátás megszervezése

- ba) Biztosítási esemény a biztosított betegsége vagy balesete.
- bb) Ha a biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra, képalakító diagnosztikai vizsgálatra, illetve labor-diagnosztikai 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 eseménnyel, ill. az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltatási limittől függően vagy a biztosítás fedeli 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 tanácsadással 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, egyeztet a biztosítással a preferált helyszínt és időpontot, majd megkezdő 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 megbeszélte 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 szakudvásához, elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá betherjeztet minden esetben. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Az ellátásszervező minden esetben kijelöli egy esetfeltelet, aki a biztosítottot 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 biztosítottak a rá vonatkozó kockázatvizsgálás tartamon belül **előzmény nélkül** bekövetkező betegsége esetén nyújtja:
- az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat),
 - szívbetegségek, beleértve a szív- és érsébszételt,
 - 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 bonyolultsági beavatkozás.
- cd) **A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólag 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 biztosítottak a rá vonatkozó kockázatvizsgálás tartamon belül előzmény nélkül bekövetkező betegsége vagy balesete, amely miatt egészségügyi ellátása válik szükségessé a **kockázatvizsgálások 4. számú mellékletében szereplők kivételével bármely járóbeteg ellátásban elérhető orvosi szakágban**, mely ellátás járóbeteg szakellátás, ezen belül
- szakorvosi vizit,
 - diagnosztikai vizsgálatok,
 - labor-diagnosztikai 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 kockázatvizsgálás 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 vizsgálatok egy időben, annak részeként végzett ultrahang (UH) vizsgálat a terhés szempontjából nem számít önálló ellátásnak. A terhességhez kapcsolódó terheses ellátás keretében genetikai ultrahang vizsgálat, valamint a szintén rendelkezésre álló kockázatvizsgáló kombinált teszttel ultrahang eleme is igénybe vehető.
- de) Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limittől 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 teszttel ultrahang elemének költségét a felhasználás éves limit értékétől 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) Képalakító diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása

- ea) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottak a rá vonatkozó kockázatvizsgálás tartamon belül előzmény nélkül bekövetkező, **szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított** betegsége vagy balesete, amely miatt további gyógyuláshoz 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 röntgenvétel diagnosztika):** a biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók vagy térbeli részletességgel.
- ed) **Cardio-CT (tomográfias 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 tomográfias diagnosztika):** a biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szövetbetegségek 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 limittől rendelkezésére álló összegről az orvosi képalakító 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 ellátáshoz szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslatl. 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) Egnapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása

- fa) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottak a rá vonatkozó kockázatvizsgálás tartamon belül előzmény nélkül bekövetkező betegsége vagy balesete, ami miatt olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozás válik szükségessé, amely a biztosított ambuláns műtéti kiváltására és kivételként szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerrel 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 a vizsgálat költségét az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.
- fc) A műtélhez kapcsolódó előzetes ellátások, vizsgálatok (általában, de nem kizárólag laborvizsgálat, melkas röntgen és altagorvosi vizsgálat) költségét, a műtélhez 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 beavatkozás során komplikáció merül fel, és emiatt orvosilag indokolt módon meghosszabbított, 24 órát meghaladó kórházi tartózkodás, illetve további ellátások, vizsgálatok válnak szükségessé, az ezekhez kapcsolódó költségeket a biztosító nem téríti meg.**
- fe) Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limittől 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 ellátáshoz szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslatl. 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) Rettegott betegség szolgáltatás

- ga) Biztosítási esemény a biztosítottal (a biztosítottal) a rá vonatkozó kockázatvizsgálás 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 rettegott 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 rettegott 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 kockázatvizsgálás tartamon belül előzmény nélkül következett be. Előzménynek az tekintendő, ha a Biztosított csatlakozása előtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azaz közvetlen okozati összefüggésben áll. Előzménynek tekintendő továbbá, ha a kockázatvizsgálás kezdete előtt 3 hónapon belül olyan tünet észlelték, illetve laboratóriumi vagy képalakító vizsgálat olyan eredménnyel zárult, melynek alapján betegség kialakult és/vagy fennállását feltételezve részletes kivizsgálást javasoltak, illetve kezdeményeztek, s e betegségre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azaz közvetlen okozati összefüggésben áll. Műtéti beavatkozás végrehajtásával definiált események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha a kockázatvizsgálás 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 rettegott betegség szolgáltatását (a biztosítási összeg kifizetését) a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki. A biztosítási összeg kifizetésével a rettegott betegség fedezett 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 (kivéve terhességgel kapcsolatos szolgáltatások)	Nincs
A biztosításban fedezett, terhességgel kapcsolatos járóbeteg szakellátások	6 hónap
Képalakító diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Nincs
Egnapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása	Nincs
Rettegott betegség szolgáltatás	3 hónap

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

10) A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

- a) A biztosítási esemény 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@oig.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 kideríthetetlenül válnak.**
- c) A biztosító teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi felkutatás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték, és felkutatni a biztosítót, hogy a közötti adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatással kapcsolatos bírósági eljárásokkal. **Amennyiben a biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi felkutatás alól 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 diagnosztikát 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 eseményt 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 másolata);
- bc) véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt;
- bd) gépjármű vezetés során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata;
- be) amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közgazdasági, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatóság eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata;
- bf) a biztosítottak a biztosítási eseménnyel, valamint a körülményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. ház- vagy üzemenorvosi, a járó- és fekvőbeteg ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétéről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, szövettani vizsgálati eredmények, ideértve CT, MRI és röntgenfelvételeket 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.
- c) A listában szereplő, biztosító által bekért iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terhelik.
- d) Amennyiben adott irat beszerzéséhez adatevédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége, és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terhelik.

12) KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG

- a) A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítással 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 közötti 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 bekövetkeztéig 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 hivatkozik.
- 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 maradékjoggal, költségekönkre, 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 hozzátartozók 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 esetét 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 jogszabály által előírt papír alapú dokumentum személnel 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 bekövetkező változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.
- b) **A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 1 év.**
- c) Jelen szerződés feltételeivel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőfokú a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér 1., telefon: +36-1-5-100-200, e-mail: ugyfelszolgalat@oig.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 választási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:
- Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Foglalkozásvédelmi Központja (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., honlapja: <http://www.mnb.hu/foglalkozas-vevedelem>, 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, joghatásával 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 Pti.: 172., telefon: 06-80-203-776, e-mail: pti@mnb.hu);
 - a szerződési feltételekben megjelölt bíróság.
- d) A jelen általános és különös feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország jogja.
- 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 meghatalmazott biztosítástokból származó valamennyi per elbírálására a Pp. 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróság járunk 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 érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette, megküldésre kézbesítési, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételt az érdekelten 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 rendszerszék díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosultak.
- k) A biztosító a biztosítási termékre vonatkozóan tanácsadást nem nyújt.

MELLÉKLETEK

1. SZÁMÚ MELLÉKLET: A BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK BEMUTATÁSA

	Alap csomag	Optimum csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
7/24 orvosi call center szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járbeteg szakellátás megszervezése (az ellátás díját a biztosított fizeti)	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Képzőképző diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/év
A biztosításban fedezett járbeteg szakellátások: <ul style="list-style-type: none">• járbeteg szakrendelés• diagnosztika• labor diagnosztika• ambuláns beavatkozások	-	-	Szolg. limit: 500 000 Ft/év Ezen belül allimit: <ul style="list-style-type: none">- laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/év- ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/év	Szolg. limit: 1 000 000 Ft/év Ezen belül allimit: <ul style="list-style-type: none">- laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/év- ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/év
Rettegett betegség szolgáltatás	-	Biztosítási összeg: 300 000 Ft	-	Biztosítási összeg: 1 200 000 Ft
Egynapos sebészeti beavatkozások	-	-	-	Szolgáltatási limit: 300 000 Ft/év

A biztosítási csomagok havi díja

Érvényes: 2018.11.20-tól

	Alap csomag	Optimum csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
Normál díj: 1 biztosított esetén	1 490 Ft/év/hó	1 890 Ft/év/hó	5 490 Ft/év/hó	8 890 Ft/év/hó
Kedvezményes díj: 1-nél több biztosított esetén a 2. biztosítottól	990 Ft/év/hó	1290 Ft/év/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 kórmezésére kifejlesztett, klinikai bizonyítékokon alapuló szabványosított tesztek egyértelműen alátámasztanak. A betegségnek jelentős gondolkodó képességbeli károsodást kell eredményeznie, melyet neurológus szakorvosnak kell igazolnia. Alkohol, kábítószert használatával 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 érfalserülés, szakadás korrekciója beültetett érpótlással. A minimal invazív eljárásal beültetett stent nem képez biztosítási eseményt. Az aortából ledágzó verőereken végzett műtetre sem terjed ki a biztosítás.

3) Aplasztikus vérszegénység

Krónikus és tartósan fennálló csontvelő elégtelenség, mely vérszegénységhez, a fehérvérsejtszám és/vagy vörteszám csökkenéséhez vezet, mely az alábbiak közül legalább egyféle kezelést tesz szükségessé:

- a) vértérmekek transzfúzió,
- b) csontvelő stimuláló szerek,
- c) immunuszpresszív szerek,
- d) csontvelő-átültetés.
- A diagnózist egy hematológusnak meg kell erősítenie.

4) Jérendületű agydaganat, amely műtétet igényel vagy állandó neurológiai tüneteket okoz

Neurológus vagy idegsebész által megértesített 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 szakorvosnak kell igazolnia. A vakságot orvosi eljárással nem lehet javítani vagy helyreállítani.

6) Agyműtét

Általános anesztéziában (áltatásban) a koponya megnyitásával (kraniotomia) az agyban aktuálisan végzett műtét. A kúlslyuk behatolás is ide tartozik. Baleseti eredetű agyműtét nem tartozik a biztosítási események közé. A beavatkozás szükségességét minősített specialistaának kell véleményezni.

7) Rák

A kórszövettani lelettel igazolt rosszindulatú tumor diagnózis. Páknak minősül például a rosszindulatú limfóma és a rosszindulatú csontvelő-rendelenségek, beleértve a leukémiát is.

A következők nem tartoznak ide:

- a) in situ rákos megbetegedések, rákos in situ, nem invazív rák, displázia és minden rosszindulatú megelőző (premaligens) állapot,
 b) a T2bN0M0-nál nem súlyosabb prostata rák,
 c) papilláris vagy follikuláris pajzsmirigyék, mely enyhébb, mint T2N0M0,
 d) a bőr basál- sejtes és lapokajsejtes karcinómái, valamint a dermatofibrosarcoma protuberans,
 e) a rák diagnózisra és tesztelésében, és tesztváladékokban (vér, nyál, széklet vizelet) kimutatható tumor sejteknek 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 folyamatosan neurológiai károsodást. Kábítószer vagy alkohol fogyasztással közvetlenül összefüggő kóma nem képez biztosítási eseményt.

9) Koszorúér (bypass) műtét

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

10) Műtétet igényelő Crohn-betegség

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

11) Süketég

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

12) Szívsebészeti műtét

Az első nyílt vagy endoszkopos 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 vératömlesztés miatt

Az HIV vírus által okozott fertőzés vagy következményként diagnosztizált szerzett immunhiányos szindróma (AIDS), ha a fertőzés bizonyíthatóan a fertőzött vér vagy vérkészítmények transfúziójából származik, mely hatóságilag igazoltan és bizonyíthatóan a biztosítási szerződés megkötését követően történt vératömlesztésből ered. A HIV fertőzéssel való szexuális kapcsolatban a transfúziót 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 májszögör a krónikus végstádiumú májelégtelenséget jelent, amely az alábbiak legalább egyikét okozza:

- a) kontrollálhatatlan ascitesz,
 - b) állandó sárgaság,
 - c) nyelősó vagy gyomor értágulatok (váríkok),
 - d) máj eredetű agyi elváltozás (Hepatitis encephalopátia).
- Az alkohol vagy a kábítószer használatát miatt kialakuló májbetegségek 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 beszédképesség teljes és végleges elvesztése legalább folyamatosan tizenkét hónapig. Az orvosi bizonyítékok megfelelő (fül-orr-gégész) szakembernek kell igazolnia, és meg kell erősítenie a hangszálak sérülését vagy betegségét. Minden pszichátriai 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 idegeikt károsodásával járó betegség)

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 gyulladással és demyelinizációs betegsége, mely neurológiai tüneteket és panaszokat is okoz. A betegség diagnosztizálását neurológus szakorvosnak kell megerősítenie a nemzetközileg elfogadott, hatályos kritériumok alapján. Jelenleg a felülvizsgálat McDonald 2010* kritériumrendszer a hatályos.

A lehetséges Szklerózis multiplex és az izolált neurológiai szindrómákra utaló jelek, amiket nem e betegségként diagnosztizáltak, kizártnak tekinthetők.
 * 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 kardialis biokémiai markerek emelkedésével vagy csökkenésével kell alátámasztani (Troponin, Troponin T vagy CK-MB). A kapott értékek a felső referencia-határérték 99. percentilise felett kell lennie, valamint az alábbiak egyikének kell teljesülnie:

- a) akut szívroham következményeként kialakult szívbetegségek,
 - b) szorozatos 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 háromat 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 pusztulása 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 diagnosztizálást 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 bevézése,
 - d) klinikai tünetek nélkül, kizárólag az agy képekkel 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 körülményben szereplő típusos 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 meglerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti körülmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtėti leírás vagy annak kivonata szükséges.

d) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történetet 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 kessésére vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.

f) Léftfontosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a körülmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

g) Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórképek 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 vizsgálatára alapján történik.

j) Sclerosis multiplex diagnosztizálása a körülmény, a kórlefejtés, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képekkel eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

k) AIDS- (HIV-) betegség elfogadása feköveteg-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 zárójelentés alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatot, azok eredményére is szükséges a betegség elfogadásához.

A biztosító a fenti dokumentumok szennelt, 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. --> Képekkel diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása
- 6. --> Egnapos 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 marandó 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 puccskísérlésben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határnyilongásban 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 szakvégeztett 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 orvosi 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: • amelyek igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt és/vagy • amelyek igénybevétele nem az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatótól történt.				X	X	X	
Az alábbiakból eredő egészségügyi ellátások: • sürgősségi okból, élevesély elhárítása céljából, • az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt, • katasztrófa miatti ellátás, • járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban, • tudógyógyászati gondozás, • addiktológiai gondozás, • alkohológiai gondozás, • drogbeteg-ellátás, gondozás, • foglalkozás-egészségügyi szakellátás, • akupunktúrák kezelése, • fogászati diagnosztika, szakellátás, • fogászati indikációval kapcsolatos egyéb ellátás (pl. szájszészeti ellátás keretében bölcsességfok eltávolítás), • onkológiai szakellátás, • pszichátriai szakellátás, • lézeres körömomba-eltávolítás, • geriatrári kezelés, gondozás, • dialízis kezelés, • digitális dermatoscopia, • visszer betegség injekciós kezelése (scleroterápia), • nemibeteg gondozás, • a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok, • pszichátriai kezelés, • gyógypedagógiai kezelés, • fizio- és mozgásterápiás kezelés, • intenzív betegellátás, • klinikai onkológiai gondozás • HIV-betegség gondozása, • Hepatitis C betegleg gondozása, • 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 ellátja.					X	X	
A kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok körében felmerülő biztosítási esemény:kapcsolatok, a jogszabályból eredő kötelező védőoltások és szűrések					X	X	
Az alábbi diagnosztikai vizsgálatok: • széklet genomika teszt • ételintolerancia teszt • hajdiagnosztika • kapszula endoszkópia • CT-lézer mammográfia • sztereotaxiás biopszia					X		
Az alábbiakból eredő egynapos sebészeti beavatkozások: • Sterilizatio laparoscopica feminae • Sterilizatio laparoscopia kapocsal • Sterilizatio laparoscopia gyűrűvel • Sterilizatio laparoscopia monopol. Elektrodával • Sterilizatio laparoscopia bipol. Elektrodával • Extraterin graviditás laparoscopos műtete • Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából • Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel • Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel • Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal • Interruptio Hegar tágtátsall, curettage-zsal • Interruptio laminaria tágtátsall • Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése • Meddősséggel kapcsolatos beavatkozások • Művi megtermékenyítés • Szépsészeti okból végzett plasztikai műtétek • Orrvényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások • 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, eftjörnyőzés							X

*: A 9) 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 diagnosztikai és gyógykezelési 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, állományban tartáshoz, a biztosítási szerződésből származó követelések megelégtetéséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Ezen célból 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 megtevése 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 pénzmossási elleni intézkedések keretében szükséges kötelezettség teljesítéséhez. Ezen adatok a biztosítási szerződés teljesítéséhez, annak pénzügyi nyilvántartáshoz, 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 kárkövetővel szembeni igényérvényesítés és más hasonló követeléskezelés során. Az ilyenkor kezelt adatok köre megegyezik a biztosító szerződés teljesítése érdekében szükséges adatkezelés során feldolgozott 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 állapotához kötött élet, baleset, betegség és felelősség biztosítások, továbbá személyi sérüléssel kapcsolatos 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@cgic.hu; 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 keretén 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; levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.; https://www.mnb.hu/ugyfelszolgaslat/biztositasok

Felügyeleti hatóság (adatvédelemmel kapcsolatban): Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (címe: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c, levelezési címe: 1530 Budapest, Pf. 5.; 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 biztosításközvetítő által 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 felvételkor, vagy egyéb esetekben legkésőbb a kérését követő 30 napon belül díjmentesen nyújtja. A szóbeli tájékoztatás feltétele a személyazonosság és a tájékoztatáshoz való jogosultság előzetes megállapítása.

Hozzájárési jog

A biztosító a személyes adatok kezeléséről 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 tájékoztatást.

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 törítéshez (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 kell; és
 - 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 törölését, 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 érdekeiből 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 törítéshez való jog Önt akkor illeti meg, ha a személyes adatainak kezelésére kizárólag a hozzájárulása alapján került sor.
- Amennyiben a 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 biztosítói jogviszony, amennyiben bármely szolgáltatására vonatkozó kárigény elbírálásához a biztosított egészségügyi adatainak kezelése elengedhetetlen, a visszavonást követő hónap utolsó napján megszűnik.**
- A személyes adatok töröléséről 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 törölését, 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 érdekeiből 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.

Adathordozhatóságához való jog

Jogosult arra, hogy az Önről 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 továbbítsassa. Az adatátvitel feltétele, hogy a Biztosító az Ön személyes adatait a hozzájárulása alapján kezeli, vagy az adatkezelés szerződésesen alapul és az adatkezelés automatizált módon történik. Az adathordozhatóságához való jog nem érinti hátrányosan mások jogait és szabadságait.

A tiltakozáshoz való jog

Ön jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon személyes adatainak a biztosító, adatfeldolgozó, 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 közötti szerződésére 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 megelégtetéséhez 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 kötelezettségre alól az érintett ügyfélről vagy annak törvényes képviselőjéről a kiszolgáltatható titokkört megelőző írásban felmentést kapott, továbbá a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és aláíróközítője ezt a tanúsítási eljárást 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 vagyoni felügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyoni felügyelővel, rendkívüli vagyoni felügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyoni felügyelő, 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 nyilatkoztattatni 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 gámfatóság,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi állami igazgatási szerv,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkoszolgáltató eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- k) a viszontbiztosító, a csoport más vállalkozása, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatátaló biztosító,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartási vezetői kötvénnyilvántartó szerv, a kártörténelmi nyilvántartás vezetői kötvénnyilvántartó szerv, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatóságok ügyekben a közlekedési igazgatási hatóság, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala,
- m) az állománytörzsházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései

- szertint – az átvétő biztosító,
- n) a kárendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számítást, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, a kárendezési megbízott és kárképviseelő, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárendezés kárfelelteli jognyújtóknévből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkhoz,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a környező feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a környező vállalat,
- p) főképpen esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adata nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelmények kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő,
- q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
- r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóság,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káretek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adata 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-erőnyitési szerv, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézményrel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, úgy 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 intézményrel 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 ügyet

- a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerezéssel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorselekménnyel, robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy löszerezéssel visszaéléssel, pénzmosással, büntövszabályban vagy büntövszabályban elkövetett büntövszabálysértéssel,
- a Btk. szerinti kábítószerezéssel visszaéléssel, kábítószerezéssel visszaéléssel, káros szenvedélykultúrával vagy kábítószerezéssel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorselekménnyel, terrorselekmények feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy löszerezéssel visszaéléssel, pénzmosással, büntövszabályban vagy büntövszabályban elkövetett büntövszabálysértéssel.

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 végrehajtására 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 hozzájárulása 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 rendelkezésekkel 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) főképpen 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 megvalósítása 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 szakértelmre 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 Kormányának és Amerikai Egyesült Államok Kormányának között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazdasági együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (Akv.) 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 Akv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Akv. 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 jogszabályokban 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 jogszabályokban 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 adataifelhelyi, 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 jogvédelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adataifelhelyi, 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 jogvédelem 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 kapcsolatban a jármű azonosító adatait (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 kárfelelteli tényekre, 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, az az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő 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 tényről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

(13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdeke 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 jogszabályokban 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) 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 jogszabályokban és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.

(4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályokban 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 jogszabályban 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 alkalmazandók.

(7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megvalósítása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f), g) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok műveletére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosító 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 érdeke 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 elévüléseiig 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 évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő 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 ágazatok 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 további-tásának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák.”