

# OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítás BIZTOSÍTÁSI TERMÉKISMERTETŐ

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

Köszönjük, hogy egészsége megóvásának egyik fontos eszközeül 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](mailto:ugyfelszolgalat@cig.eu), fax: +36-1-247-20-21).

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

**Területi és időbeli hatály:** a biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területén bekövetkeztetett 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](mailto: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 biztosítottira 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 szakképzett és szakképzett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy olyan, orvos által végzett gyógykezelés során, amelynek 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), vagy online csatlakozás esetén a biztosított csatlakozási nyilatkozatát a szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal, a szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (NKM Földgázszolgáltató Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) vagy e-mailben ([ugyfelszolgalat@nkmfoldgaz.hu](mailto: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, vagy a felhasználási hely a földgáz-szolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszűnése miatt kikapcsolásra kerül;
- ha a biztosított és a szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi földgáz-szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre
- 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: 2019. április 15-től**

## 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 ok-sági 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 változtatás idejéig vagy időzhető.

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

A biztosított életkora a kockázatvisselés kezdetekor legalább 3 hónap. A biztosított maximális kora a kockázatvisselés 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 egészségbiztosítási szolgáltatást nyújt. A biztosító legfontosabb adatai:

Név: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Tevékenység: a biztosító biztosítási tevékenységet végez

Székhely: Magyarország, 1033 Budapest, Flórián tér 1.

Levelezési cím: 1300 Budapest, pf. 177.

Forint bankszámlaszám: 10918001-00000024-98060007 (IBAN: HU11 1091-8001-0000-0024-9806-0007)

Euró bankszámlaszám: 10918001-00000024-98060038 (IBAN: HU47 1091-8001-0000-0024-9806-0038)

Számlavezető bank neve (és SWIFT kódja): UniCredit Bank Hungary Zrt. (BACHHUHB)

A Biztosító jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság

Cégjegyzékszám: 01-10-045857

A biztosító a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál van nyilvántartva.

**h) Család:** az alábbi személyek összessége:

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

**Az egy családból biztosításba bevontható biztosítottak száma maximum 5 fő.**

**j) Egészségügyi dokumentáció:** A beteg vizsgálataival és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációk 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 alapjául szolgáló betegségget, a kísérőbetegségeket és szövődéseket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegségeket, 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 az adott időpontját,
- a biztosítottak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a bejegyzés, illetve visszatartás 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 apóliás dokumentációt,
- a kárpálító diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint a biztosított testből kivett szövettaniakat, illetve azok szövettani eredményeit.

Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteggyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárhozlentést) kell készíteni, és azt a biztosítottaknál 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 rokkantsági fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

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

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

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

**n) Ellátásszervező:** az Advance Medical Hungary Kft., amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatások 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 kockázatvisselés 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 akalmoserő 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 azonnal, szakfelügyelet és megfigyelés nélkül saját lábán otthonába bocsátható, és a hatályos jogszabályok szerinti 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 jognyilatkozatokkal tesz, és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.

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

#### 3) A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, TARTAMA ÉS A BIZTOSÍTOTTAK CSATLAKOZÁSA

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

b) A biztosítottak be lépése a csoportos biztosítási szerződésbe:

ba) A biztosított ügyfele az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megküldésével egyenlőleg lépnek be a biztosításba.

bb) A csoportos biztosítási szerződésbe továbbá biztosítottként be léphetnek mindazon természetes személyek (hozzátartozók), akik megfelelnek a 2) f) pontban foglaltaknak. A hozzátartozókat felhatalmazásuk alapján a szerződő ügyfele jelenti be a biztosításba a nevéükben tett csatlakozási nyilatkozat útján. **Hozzá tartozók biztosításba történő bevonásának nem feltétele, hogy a szerződő ügyfele jelenti be a biztosításba a nevéükben tett csatlakozási nyilatkozat útján.**

bc) A csoportos biztosításba új biztosított a szerződés tartama alatt bármikor be léphet. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő az 5) d) pontban meghatározott módon köteles a biztosítóknak 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) be lépés esetén a csatlakozási nyilatkozat megküldését követően a szerződő postai úton vagy elektronikusan írásbeli vizsgálatazást küld ügyfelelnek arról, hogy a biztosító kockázatvisselése rá és/vagy hozzátartozóira kiterjed. A biztosított csatlakozási nyilatkozatát a szerződő által küldött írásbeli vizsgálatazástól kézhezvételtől számított 14 (tizennyeg) napes határidőn belül azonnali hatállyal a szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (NKM Földgázszolgáltató Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) vagy e-mailben (ugyfiszolgaltat@nkmfoldgaz.hu) visszavonhatja, amennyiben még nem vette igénybe a biztosítás valamely szolgáltatását. A nyilatkozat visszavonása esetén a biztosító adott biztosított vonatkozásában díj fizetést nem vár el.

- a Szerződő honlapján, online módon tett csatlakozási nyilatkozat útján.

Online be lépés esetén a be lépési nyilatkozat megküldését követően a Szerződő elektronikusan írásbeli vizsgálatazást küld a Biztosított részére arról, hogy a Biztosított kockázatvisselése a Biztosítottra illetve családi változat esetén a Társbiztosítottokra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli vizsgálatazolás). Ezekben az esetekben a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatát a Szerződő által küldött írásbeli vizsgálatazolás kézhezvételtől számított 14 (tizennyeg) napes határidőn belül azonnali hatállyal a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, postai úton (NKM Földgázszolgáltató Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700., vagy e-mailben (ugyfiszolgaltat@nkmfoldgaz.hu) visszavonhatja.

be) A szerződő ügyfele a csatlakozási nyilatkozattal:

- a csoportos biztosítási szerződésbe biztosítottként be lép és/vagy be lépéti hozzátartozót;
- elfogadja jelen általános és különös feltételeket, és hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatvisselése rá, illetve a hozzátartozóira kiterjedjen;
- felhatalmazást ad arra, hogy a havi biztosítási díj rá és hozzátartozóira eső részét a szerződő tőle beszedje;
- a biztosítás adminisztrációjához szükséges személyes adatai kezeléséhez kapcsolódó hozzájárulását megadja.

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

**d) Bármely szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a biztosított rá a 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; sznervel@nkmfoldgaz.hu) feladott és a szerződőhöz eljuttassa. Ennek hiányában a biztosító és az ellátásszervező szolgáltatást nem teljesíti.**

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 KOCKÁZATVISSÉLÉS KEZDETE ÉS VÉGE, VALAMINT A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK

A kockázatvisselés kezdete az egyes biztosítottakra vonatkozóan a biztosítottak a biztosítási szerződésbe való be lépésének időpontjától függően: a) adott naptári hónap 15. napján meglettt csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat megküldésének hónapját követő hónap első napján 0 órá;

ab) adott naptári hónap 15. napján után meglettt csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat megküldésének hónapját követő második hónap első napján 0 órá.

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

c) **Kockázatvisselés a teljes biztosított csoportra megszűnik:**

ca) a biztosítási időszak megszűnésének hónapjának utolsó napján, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg, a szerződő a díj fizetésre halasztást nem kapott, és a biztosító követelését bírósági úton sem érvényesítette;

cb) a biztosítási szerződés szerződő vagy biztosító általi rendes felmondása esetén. A felmondás biztosítási időszak utolsó napjára, a megszűnés hatálynapjánál legalább 60 nappal korábban a másik félhez írásban intézett nyilatkozattal kezdeményezhető.

cc) a biztosított csoport megszűnésével a megszűnés hatálynapja hónapjának utolsó napján;

cd) amennyiben a szerződő elutasítja a biztosító díjmódosítási javaslatát, a díjmódosítás hatálynapját megelőző utolsó hónap utolsó napján.

**d) A kockázatvisselés adott biztosított vonatkozásában a fentiekben túl megszűnik (a biztosított csoport többi tagjára vonatkozóan változatlan kockázatvisselés mellett):**

- da) a biztosított halálával a halál napján;
- db) ha a biztosított szerződésből költött földgáz szolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely a földgáz-szolgáltatás vagy hálózathasználati szerződés megszűnése miatt kikapcsolásra kerül a megszűnés/kikapcsolás hatálynapja hónapjának utolsó napján;
- dc) ha a biztosított és a szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi földgázszolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetés mértékét, felszámolása, a megszűnés, szüneteltetés illetve előre fizetés mértékének felszámolása hónapja utolsó napján;
- dd) a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korhatár elérése hónapjának utolsó napján;
- de) a csatlakozási nyilatkozat 3) b) szerinti visszavonása esetén. Amennyiben a nyilatkozat visszavonása a kockázatvisselés kezdetét követően történik, a kockázatvisselés annak kezdetére visszamenőleges hatállyal szűnik meg.

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

#### 5) A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

a) A biztosítás havi rendszeres díj fizetésű.

b) A biztosító az Alap és Optimum csomagok esetében az egy családból biztosításba bevont biztosítottak száma alapján díjkezelvényt 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 számtól függetlenül 1 biztosítottra minden képpen a normál díjat kell fizetni. A normál és kedvezményes díjakat csomagonként az 1. számú melléklet tartalmazza.

c) A biztosítás díja adott biztosított vonatkozásában a kockázatvisselés kezdetének napján, majd havonta, minden hónap első napján válik esedékessé.

d) A tárgyhavi biztosítási díj a következő esedékesség napját megelőző napig tartó egy hónapos időszakra vonatkozik.

e) A tárgyhavi biztosítási díj az ugyanazon hónap első napján élő biztosítási fedzettel rendelkező biztosítottakra vonatkozik.

f) A szerződés - vagy az egyes biztosítottak biztosított jogviszonyának - megszűnése esetén annak a hónapnak az utolsó napján járó díjat kell megfizetni, melyben a biztosító kockázatvisselése véget ért.

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

g) Amennyiben a szerződő a biztosítási díjat a biztosítottokra továbbhárítja, akkor a biztosított csoporthoz történő csatlakozáskor 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 felülvizsgálata és a biztosítási díj módosítása.**

- b) A biztosító a szerződést a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásával indokolt díjmódosításról annak tervezett hatálybalépése előtt legalább 90 nappal értesíti. Ha a szerződő a tervezett módosításpéldét megelőző 60. napig nem nyilatkozik írásban a díj módosításával kapcsolatban, úgy a szerződés oja 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 címzve 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 biztosított 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, Exklúzív). E négy csomag különböző a bennük foglalt szolgáltatások számban, típusában, valamint a biztosítási díjban.
- b) Biztosítási csomagot a csatlakozási nyilatkozat megítéletekor egyéni igényeinek megfelelően a biztosított választ, figyelembe véve a 2) f) pontban rögzített korlátokat is.
- c) **Egy család biztosítottjaira (a szerződő ügyfelére és hozzátartozóira) csak ugyanaz a csomag választható.**
- d) Csomagok közötti váltás a korábban választott csomag lemondásával (biztosítási fedezet megszüntetésével) és új csatlakozási nyilatkozat megítélésével lehetséges.
- e) Egy biztosítóra 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 biztosítóra 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**  
a) Biztosítási esemény a biztosított betegsége, megbetegedése.  
b) Az orvosi call center szolgáltatás telefonon történő orvosi tanácsadást jelent, amelyet a biztosított az ellátásszervező call centerének felhívásával vehet igénybe. Az orvosi tanácsadás keretében a call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat, melyek rögzítésre és tárolásra kerülnek.  
c) **Az ellátásszervező telefonszáma: +36-1-461-15-98.**  
ad) Az orvosi tanácsadás keretében a biztosított a következőkért kaphat tájékoztatást magyar és angol nyelven:
  - betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőréssel kapcsolatos kérdésekről,
  - gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
  - orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyletekről,
  - ügyeletless ügykezeléséről,
  - 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 hívásról felhívja az ellátásszervező call centerét, ahol egy operátor fogadja a hívást.
  - Megtörténik a biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az alábbi adatok alapján: biztosított neve, kötvényszám, születési dátum.
  - Az operátor egy orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a biztosított kérdéseit.

b) **Járóbeteg szakellátás megszervezése**  
a) Biztosítási esemény a biztosított betegsége vagy balesete.  
b) Ha a biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvos vizsgálatra vagy konzultációra, képalpító diagnosztikai vizsgálatra, illetve labordiagnosztikai vizsgálatra szorul, úgy az ellátásszervező vállalja, hogy segítséget nyújt a biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltató megtalálásában, ahol az igényelt szakorvosi ellátás elérhető. Az ellátásszervező az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl a biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja.  
c) **A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a választott csomagtól, a járóbeteg szakellátást kiváltó biztosított eseménytől és az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltatási limittől függetlenül a biztosítás fedezi vagy a biztosított fizeti. A biztosítás által fedezett szolgáltatások leírását a 8) pont közötti alpontjai tartalmazzák.**  
d) **A szolgáltatás igénylése az ellátásszervező call centerének (+36-1-461-15-98) felhívásával történik:**
  - Ellátásszervezés igénylésére az általános orvosi tanácsadástól eltérően munkanapokon **8 és 20 óra között** van lehetőség.
  - A hívás során megtörténik a biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az 8) a) pontban felsorolt adatok alapján.
  - Az operátor rögzíti az igényt, egyeztetli a biztosítottal a preferált helyszínt és időpontot, majd megkezdi a kért szakvizsgálat, illetve ellátás megszervezését, illetve tájékoztatja a biztosítottat a folyamatról.
  - A megszervezett vizsgálat időpontjáról, helyszínéről, valamint a biztosított által fizetendő várható költségről az operátor telefonon vagy e-mailben ad tájékoztatást. Az operátor a vizsgálat időpontját és helyszínét telefonos tájékoztatás esetén is megerősíti írásban.
  - **A szakorvosi vizsgálat megszervezésének határideje a bejelentéstől számított 10 munkanap.**
  - **Amennyiben a biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszéltt 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 kezelőterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvosszakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni.
- cb) **A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:** hozzáférés nemzetközi orvosszakértők szaktudásához, elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá beterveztet minden esetben. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Az ellátásszervező minden esetben kijelöli egy esetfeltelet, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával.
- cc) A második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi, a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül **előzmény nélküli** bekövetkező betegsége esetén nyújtja:
  - az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat),
  - szívbetegségek, beleértve a szív- és érszűkületet,
  - szervátültetések
  - neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát,
  - az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció,
  - a veseseégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák,
  - az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
- cd) **A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.**
- ce) **A szolgáltatási igény bejelentése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.**

### d) A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások

- da) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélküli bekövetkező betegsége vagy balesete, amely miatt egészségügyi ellátásra válik szükségessé a **kockázatki záráások 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 gyógyszeres felírásakeretén 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 szolgáltatóknak téríti meg.
- dc) **A biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor, vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel (előzménybetegséggel) ok-okozati kapcsolatba hozhatók. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi és diagnosztikai vizsgálatok, valamint a további gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.**
- dd) **Terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít (maximum az éves limit erejéig). A szakor-**

vosi vizsgálatok egy időben, annak részeként végzett ultrahang (UH) vizsgálat a terhítés szempontjából nem számít önálló ellátásnak. A terhességhez kapcsolódó terhítés ellátás keretében genetikai ultrahang vizsgálat, valamint a genetikai rendellenességek kiszűrésére szolgáló kombinált tesz 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 tesz ultrahang elemének költségét a felvett limit mértékétől függetlenül, amennyiben az egészségügyi szolgáltató az ultrahang vizsgálatról önálló számílat nem állt ki.**
- d) **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) Képalpító diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása

- ea) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélküli bekövetkezett, **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 rétegvágóeltér diagnosztika):** a biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek korai anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy 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. terheléss 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, szivbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiaik 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 szolgáltatóknak téríti meg.
- eg) Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limittől rendelkezésére álló összegről az orvosi képalpító 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 (szakorvosi beutalóval vagy javaslattal. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**

A szolgáltatási igény bejelentése, valamint a vizsgálat szervezése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.

### f) Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása

- fa) Biztosítási esemény a biztosítottak a Biztosítottak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélküli bekövetkezett betegsége vagy balesete, ami miatt olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozás válik szükségessé, amely a biztosított ambuláns műtéti kiválasztása és kivégzése 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 ellátás költségét az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatóknak téríti meg.
- fc) A műtétrhez kapcsolódó előzetes ellátások, vizsgálatok (általában, de nem kizárólag laborvizsgálat, melkias röntgen és altatórvisi vizsgálat) költségét, a műtétről felhasználni implantátumok költségét, valamint a 24 óráig 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 óráig 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 (szakorvosi beutalóval vagy javaslattal. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**
- fh) A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.

### g) Retteggett betegség szolgáltatás

- ga) Biztosítási esemény a biztosítottal (a biztosítottal) a rá vonatkozó kockázatviselési 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 retteggett betegségekhez kapcsolódó bármely, 2. számú mellékletben foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító az 1. számú mellékletben rögzített biztosítási összegget fizeti ki a kedvezményezett részére, feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisnak megállapítását, illetve az orvosi beavatkozás elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van. A biztosító csak egy, a legkorábban bekövetkező retteggett betegség vonatkozásában teljesít szolgáltatást.
- gc) **A 2. számú mellékletben felsorolt események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha az esemény, valamint az eseményhez vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban előzmény nélküli következtet 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 kockázatviselés kezdete előtt 3 hónapon belül olyan tünetet észleltek, illetve laboratóriumi vagy képalpító vizsgálat olyan eredményt zárukt, melynek alapján betegség kialakulását és/vagy fennállását feltételezve részletes kivizsgálást javasoltak, illetve kezdeményeztek, s e betegsége a fent felsorolt esemény visszavezethető, azaz közvetlen okozati összefüggésben áll. Műtéti beavatkozás végrehajtásával definiált események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha a kockázatviselés kezdetekor nem állt fenn az adott típusú beavatkozásra vonatkozó műtéti indikáció és/vagy műtéti előjegyzés.**
- gd) A biztosító szolgáltatást csak a 3. számú mellékletben felsorolt dokumentumok benyújtása esetén teljesít.
- ge) A biztosító a retteggett betegség szolgáltatását (a biztosítási összeg kifizetését) a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki. A biztosítási összeg kifizetéséhez a retteggett betegség fedezet megszűnik (a többi fedezet változatlan tartalommal életben marad).
- gf) **A szolgáltatási igényt a többi szolgáltatástól eltérően a biztosítónál kell bejelenteni a 10) a) 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
Képalpító diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Nincs
Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása	Nincs
Retteggett betegség szolgáltatás	3 hónap

- b) A várakozási idő az adott biztosítóra vonatkozó kockázatviselési kezdetétől számítandó.
- c) **Amennyiben a nem baleseti eredetű, retteggett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a biztosító szolgáltatást nem teljesít, de a retteggett betegség szóú fedezet életben marad.** A biztosító eltéríti a várakozási idő alkalmazásától, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következ be.

- d) A várakozási idő értelmében terheléssel kapcsolatos járóbeteg szakellátás (8 d) pont) a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével vehető igénybe.

## 10) A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

- a) A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 15 munkanapon belül be kell jelenteni:
- aa) rettegett betegség szolgáltatás kivételével kizárólag telefonon, az ellátásszervező call centerén keresztül (+36-1-461-15-98);
- ab) rettegett betegség szolgáltatás esetében a szolgáltatási igénybejelentő formanyomtatvány biztosítónak történő elküldésével (levelezési cím: 1300 Budapest, Pf. 177, e-mail: nkm@cig.eu, fax: +36-1-247-2021).
- A bejelentés során a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítók tartalmának ellenőrzését.
- b) **A határidő elmulasztása, késedelmes kárbejelentése 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 titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték, és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közzétett adatok, tudomásra jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elváltásá és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanaból a céltől más biztosítottal, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatos lépjen. **Amennyiben a biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi titoktartás alól felmentésről szólo 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 diagnózisát 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 lehetőségének elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. **Ha a biztosított a kárnyitási kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt a biztosított állapota súlyosbodott, a biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól.** A kárnyitási kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

## 11) A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

- a) **A biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosítási esemény jellegétől függően a következő iratokat kérheti:**
- ba) kedvezményezett személyazonosságát igazoló dokumentum;
- bb) a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (mint pl. a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy, tanúk nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szakértői vélemények 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, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagaának részét képező iratok másolata;
- bf) a biztosítottnak a biztosítási eseménnyel, valamint a körülményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. ház- vagy üzemi orvosi, a járó- és fekvőbeteg ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, szövettenyi vizsgálati eredmények, ideérthet CT, MRI és röntgenfelvételek és azok vizsgálati eredményeit is);
- bg) a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok;
- bh) azon további nyilatkozatok, amelyek a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatározottak;
- bi) idegennyelvi iratok esetén azok fordítása;
- bj) hiánytalanul kitöltött adatkezelési nyilatkozat;
- bk) az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentum;
- bl) rettegett betegség szolgáltatás esetén hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány;
- bm) rettegett betegség szolgáltatás esetén a 3. számú mellékletben rögzített dokumentumok.
- b) A listában szereplő, biztosító által bekért iratok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik.
- c) Amennyiben adott irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége, és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terhelik.

## 12) KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG

- a) A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítási elváltás szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.
- b) A biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a válasznak 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 biztosítási szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A biztosító jogosult a közzétett adatok ellenőrzésére.
- d) A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhalgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a biztosított biztosításába 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 bekövetkezéig 5 év már eltelt.
- f) Ha a közlési kötelezettség megsértése csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi biztosított vonatkozásában nem hivatkozhat.
- g) A közlésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.

## 13) MARADÉKJOGOK, TECHNIKAI KAMATLÁB, TÖBBLETHOZAM

- a) A szerződés nem rendelkezik maradékjoggal, költséghőlcönsre, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.
- b) A biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használ, a biztosítás többlethozam-visszatérítéssel nem rendelkezik.

## 14) A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

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

## 15) KOCKÁZATKIZÁRÁSOK

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

## 16) A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

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

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

- a) Az ügyfelek személyes adatainak kezelése vonatkozik 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, Florián tér 1.). Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkenelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást.
- b) Minden jognyilatkozatot akkor hatályos, amikor az a biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, Florián tér 1.) beérkezett.

## 19) EGYÉB RENDELKEZÉSEK

- a) A szerződő a biztosítás tartalmáról, a hozzá intézett, biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.
- b) **A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 1 év.**
- c) Jelen szerződés feltételeivel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőfokos a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Florián tér 1., telefon: +36-1-5-100-200, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu) fordulhat.
- A biztosító felé a szakmai felügyelést a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1534 Budapest BKKP Postafiók 777) gyakorolja.
- A szerződő elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására elírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:
- Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Felügyelődemi Központja (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., honlapja: <http://www.mnb.hu/fogasz-tvedelem>, levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Postafiók 777., telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: [ugyfelszolgalat@mnb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnb.hu));
  - Pénzügyi Békéltető Testület (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásával és megszűnésével, továbbá a szerződésességével és annak joghatásával kapcsolatos jogviták esetén, székhelye: 1064 Budapest, Szabadság tér 9., honlapja: <http://www.mnb.hu/bekeltetes>, levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 06-80-203-776, e-mail: [ptb@mnb.hu](mailto:ptb@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 meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Pp. 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.
- g) A szerződéssel összefüggő, legfontosabb adózási szabályok a következők: a biztosító minden szolgáltatása a magánszemély biztosított adómentes bevétele.
- h) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekinthető megkötöttnek, amikor azt a posta az érdeklőnek ajánlott leveleiben kézbesítette, megküldéséhez becsatolta, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételt az érdeklő 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](http://www.cigpannonia.hu)) és a Budapesti Értéktőzsdé honlapján teszi közzé.
- j) A biztosító egyes alkalmazottai a biztosítási szerződéssel, a rendszeres díjak teljesítésével összefüggésben jutalékokra 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
Járóbeteg szakellátás megszervezése (az ellátás díját a biztosított fizeti)	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Képalpító 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	-	-	Szol. limit: 500 000 Ft/fő/év Ezen belül allimint: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év	Szol. limit: 1 000 000 Ft/fő/év Ezen belül allimint: diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év
Rettegett betegség szolgáltatás	-	Biztosítási összeg: 300 000 Ft	-	Biztosítási összeg: 1 200 000 Ft
Egynapos sebészeti beavatkozások	-	-	-	Szolgáltatási limit: 300 000 Ft/fő/év

### A biztosítási csomagok havi díja

Érvényes: 2018.11.20-tól

	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	1 290 Ft/fő/hó	-	-

### 2. SZÁMÚ MELLÉKLET: RETTEGETT BETEGSÉG SZOLGÁLTATÁS BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEI

#### 1) Alzheimer kór

A szellemi teljesítőképesség hanyatlása és/vagy elvesztése a teljes agyi működés visszafordíthatatlan károsodása miatt, melyet Alzheimer kór és demencia kórnevezésére kifejlesztett, klinikai bizonyítékokon alapuló szabványosított tesztek egyértelműen alátámasztanak. A betegségnek jelentős gondolkodási 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 érelmeszesítés miatt az aorta (fő verőér) mellkasi vagy hasi szakaszán végzett nagy műtét. Ide tartozik az aorta szűkület helyreállítása, aorta társult vagy érfalsérülés, szakadás korrekciója beültetett érpótlással. A minimál invazív eljárással beültetett stent nem képez biztosítási eseményt. Az aortából leágazó verőereken végzett műtétre sem terjed ki a biztosítás.

#### 3) Aplasztikus vérszegénység

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

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

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

Neurológus vagy idegsebész által megerősített életveszélyes, de nem rákos agydaganat. Ide tartoznak a koponyán belüli, agyi roncsolódást okozó daganatok is. Tumornak minősül mindaz, amely idegszöveti károsodást 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 (átaltásban) a koponya megnyitásával (kraniotomia) az agyban aktuálisan végzett műtét. A kulsztyuk 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 diagnóza. Ráknak minősül például a rosszindulatú limfóma és a rosszindulatú csontvelő rendellenesség, beleértve a leukémiát is.

A következők nem tartoznak ide:

- in situ rákos megbetegedések, rákos in situ, nem invazív rák, displázia és minden rosszindulatút megelőző (preinvalnus) állapot,
- a T2N0M0-ról nem súlyosabb prostata rák,
- papillaris vagy follikuláris pajzsmirigyrák, mely enyhébb, mint T2N0M0,
- a bőr basa- sejtes és lapinássejtes karcinómái, valamint a dermatofibrosarcoma protuberans,
- és a rák diagnóza a tesztekben, és tesztlábdokokban (vér, nyál, széklet vizelet) kimutatható tumor sejteknek illetve tumor-asszociált molekulákon alapú további egyértelmű, döntő klinikai bizonyíték hiányában.

## 8) Állandó egészségkárosodáshoz vezető kóma

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

## 9) Koszorúér (bypass) műtét

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

## 10) Műtét igényelő Crohn-betegség

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

## 11) Sükettség

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

## 12) Szívsebészeti műtét

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

## 13) HIV-fertőzés a vértömlesztés miatt

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

- kontrollálhatatlan ascitesz,
  - állandó sárgaság,
  - nyelőső vagy gyomor értágulatok (váríkok),
  - d) máj eredetű agyi elváltozás (Hepatikus encefalopátia).
- Az alkohol vagy a kábítószer használat miatt kialakuló májbetegség kizárt.

## 16) Végtagvesztés

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

## 17) A beszéd teljes és végleges elvesztése

A beszédkészség teljes és végleges elvesztése legalább folyamatosan tizenkét hónapig. Az orvosi bizonyítékok megfelelő (fül-orr-gégész) szakemberek 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 idegsejt károsodásával járó betegség)

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

## 21) Szklerózis multiplex

A Szklerózis multiplex az agy és/vagy a gerincvelő gyulladásos és demyelinizációs betegsége, mely neurológiai tüneteket és panaszokat is okoz. A betegség diagnosztizál neurológus szakorvosnak kell megértenie a nemzetközileg elfogadott, hatályos kriteriumok alapján. Jelenleg a felülvizsgálat McDonald 2010\* kriteriumrendszer a hatályos.

A lehetséges Szklerózis multiplex és az izolált neurológiai szindrómákra utaló jelek, amiket nem e betegségként diagnosztizáltak, kizártnak tekintendők.

\* Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. A scleriosis multiplex diagnosztikája: a McDonald-kriteriumok 2010. évi felülvizsgálata. *Ann Neurol* 2011; 69: 292-302

## 22) Szívinfarktus

Az akut miokardialis infarktus végleges diagnóza: a szívizom elhalása, melyet a véráramlás elzáródása okoz. Ezt a típusos kardiális 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:

- akut szívinfarktus következményeként kialakult szívbetegség,
  - szorosított EKG elváltozások a következők bármelyikének kifejlődésével: ST eleváció vagy depresszión, 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:

- öltözködés – a ruházat felvétele és levétele segítség nélkül;
- mozgás – ágyból vagy székől felkelés illetve visszafekvés vagy ülés segítség nélkül;
- mobilitás – szobák közötti mozgás fizikai segítség nélkül;
- continentia – bél- és húgyhólyag működésének szabályozására alkalmas képesség a személyes higiénia fenntartása érdekében;
- étkezés – étkezés segítség nélkül;
- 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:

- új idegrendszeri tünetek hirtelen kialakulása,
- b) a klinikai vizsgálat során új objektív neurológiai hiányszavak folyamatosan a stroke diagnosztizálást követő legalább hatvan napon belül,
- c) a CT-vizsgálattal vagy az MRI-vel kapcsolatos új eredmények a klinikai diagnosztikával összhangban.

A fenti meghatározás nem terjed ki a következőkre:

- 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 képképek vizsgálata során véletlenszerűen észlelt elváltozások,
- 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 orvos további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

a) Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.

b) Szívinfarktus elfogadásának feltételei a következők:

- a kórelőzményben szereplő típusos mellkasi fájdalom dokumentálása;
- és infarktusra jellemző EKG eltérések megléte;
- és a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.

c) Szívkoszorúer megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtét leírás vagy annak kivonata szükséges.

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

f) Léftelőképességi szűrvizsgálathoz szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

g) Vakságot személyes szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.

h) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumok tartalmazó kórház zárjelentés alapján kerül elfogadásra.

i) Az ún. „4 alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képesség diagnosztizálásának elfogadása a biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálat alapján történik.

j) Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórelőzmény, 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 felköveteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnosztika alapján történik.

l) Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.

m) Belső máj diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon, vagy intervíz osztályon kizárólag kórházi zárjelentés alapján kerül elfogadásra.

A végeztet elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatok, azok eredményére is szükséges a betegség elfogadásához.

A biztosító a fenti dokumentumok skennelt, 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 kockázatvizelés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás			X	X	X	X	X
A kockázatvizelés 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 cselekményben, kormány elleni puccsban vagy puccsikísérlésben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésben, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határvillongásban való részvételből eredő biztosítási események	X	X	X	X	X	X	X
Az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási események	X	X	X	X	X	X	X
A Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkohol szint) állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következő biztosítási esemény.	X	X	X	X	X	X	X
Az a biztosítási esemény, ami nem szakvégeztett és szakképzett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy olyan, orvosi által végzett gyógykezelés során, amelyről nem tartották be az orvossal elvárásokat	X	X	X	X	X	X	X
Kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétkezeléssel, 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		
Az alábbiakból eredő egészségügyi ellátások: • sürgősségi okból, életveszély 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, • akupunktúrás kezelés, • fogászati diagnosztika, szakellátás, • fogászati indikációval kapcsolatos egyéb ellátás (pl. szájszűréses ellátás keretében bölcsességfog eltávolítás), • onkológiai szakellátás, • pszichátriai szakellátás, • lézeres körömgyógyászati-eltávolítás, • geriatríai kezelés, gondozás, • dialízis kezelés, • digitális dermatoscopia, • visszér betegség injekciós kezelése (scleroterápiával), • nemibeteg gondozás, • a meddség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok, • pszichátriai kezelés, • gyógypedagógiai kezelés, • fizio- és mozgásterápiás kezelés, • intenzív betegellátás, • klinikai onkológiai gondozás • HIV-betegek gondozása, • Hepatitis C betegek gondozása, • aneszteziológiai ellátás**							

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 orvos 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-kapcsolatban, 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 graviditász laparoscopos műtete • Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából • Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel • Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel • Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal • Interruptio Hegar tágtáással, curettage-zsal • Interruptio laminaria tágtáással • Gyógyszerrel végzett interruptio befejezésre • Meddősséggel kapcsolatos beavatkozások • Művi megtermékenyítés • Szépsészeti okból végzett plasztikai műtétek • Orrvényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások • Visszérműtét						X
A következő sporttevékenységekkel összefüggő biztosítási események: búvárkodás, félkezés, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, szki/klamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás, eftjörnyőzés						X

\*: A b) d) pont szerint alkalmazandó: a biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kerületén kívül esnek, vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel kapcsolatosan. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi vagy egyéb diagnosztika és gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.

\*\* Az egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása tekintetében az anesztéziológiai ellátás nem kizárólagos ellátás.

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

### Adatvédelmi tájékoztató

#### 1) A biztosító adatkezelésének jogalapja, a kezelt adatok köre

A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Ezen 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 megítélése 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 adójóváallás kiállításához, a pénzügyi ellenőrzések keretében a kárkövetési kérelmének elbírálásához, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesítéséhez, annak pénzügyi nyilvántartásához, illetőleg az okmányismóslási kötelezettség teljesítéséhez kapcsolódóan. 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 kezelése a biztosító, vagy harmadik személyi jogos érdekének érvényesítése alapján kerül sor. Ilyen személyes adatok kezelésére kerülhet sor a kárkövetési kérelmének elbírálásához, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesítésében. Az ilyen kezelt adatok köre megegyezik a biztosító szerződés teljesítése érdekében szükséges adatkezelés során felsorolt adatok körével. (GDPR 6. cikk f.) pontja)

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

Ön az ad) pontban jelzett esetben a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatainak kezelését megtilthatja, azonban ez a biztosító teljesítésének elmaradásával járhat. Az a.c.) pontokban jelzett esetekben az adatkezelésre nem az Ön hozzájárulása alapján kerül sor, ezért az ilyen adatkezelés az Ön egyoldaló 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@ciq.ug; 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 kezelt személyes adatokat.

Felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank (címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; telefonszáma: +36 80 203 776, fax száma: +36 1 489 9102; Email: ugyfelszolgalat@mnb.hu; levélcíme: 1534 Budapest BKPV Postafiók: 777.; https://www.mnb.hu/tojogasz/vevelem/biztositasok)

Felügyeleti hatóság (adatvédelemmel kapcsolatban): Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (címe: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22c, 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 azonosított 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 Biztosítóira irányadó rendelkezések vonatkoznak az a) korlátozással, hogy azon személyes adatokat jogosultak kezelni, amelyek a szerződés létrehozása és fenntartása, továbbá a díjazásuk jogosultságának megállapításához szükségesek. A független biztosításközvetítő önálló adatkezelő, aki a biztosítási szerződés létrejötte érdekében továbbítja az Ön személyes

adatait a Biztosító részére. A független biztosításközvetítőtől érkező személyes adatokat a Biztosító a szerződés létrejötte esetén önálló adatkezelőként kezeli.

#### 5) Az Ön személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogai

##### Tájékoztatáshoz való jog

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

##### Hozzájárulás

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 kezelté;
  - a személyes adatokat az adatkezelőre alkalmazandó uniós vagy tagállami jogban előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell;
  - a személyes adatok gyűjtésére az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások kínálásával kapcsolatosan került sor.
  - vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát;
  - az adatkezelés jogellenes, azonban ellenzi az adatok 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 biztosított visszavonja az egészségügyi adatai kezelésének jogalapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja, a Biztosító az Adatvédelmi rendeletben meghatározottak szerint haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törli a biztosított egészségügyi adatait. A visszavonás következtében a biztosított 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 közérdekből lehet kezelni.

##### Adathordozhatósághoz 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 együtt az adatokat közvetlenül egy másik adatkezelőnek továbbítsa. Az adatátvitel feltétele, hogy a Biztosító az Ön az személyes adatait a hozzájárulása alapján kezeli, vagy az adatkezelés szerződésesen alapul és az adatkezelés automatizált módon történik. Az adathordozhatósághoz 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 szabadságával 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 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 ügyfelének (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a 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 hozzájárultak. A biztosításközvetítő az ügyfelek azon biztosítási titkaiat jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

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

Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát az alábbi szervek rendelkezésére:

- a) a feladatkerében 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 csőd eljárásban eljáró vagyonefelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonefelügyelővel, rendkívüli vagyonefelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelvező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonefelügyelő, bíróság,
- d) a hatykéti ügyben eljáró közigazgató, továbbá az általa kirendelt szakértő,
- e) az adóhatóság abban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosított törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) feladatkerében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- g) feladatkerében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- h) feladatkerében eljáró gyámhatóság,
- i) az egészségügyi törvény 2017. évi CL.IV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titokszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- k) a viszontbiztosító, a csoport más vállalkozása, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosító,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szerv, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szerv, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárműekkel kapcsolatos közötti közlekedési igazgatási feladatokat összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatóság, valamint a Közigazgatási és Elektronikus

Közszolgáltatások Központi Hivatala,

- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvétő biztosító,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlat, illetve Kártalanítási Apot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, a kárrendezési megbízott és kárképviseelő, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvető jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendeléshez jog a károkozó,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,
- p) illeték esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő,
- q) feladat körében eljáró alapvető jogok biztosja,
- r) feladat körében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatoság,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adata és a bonus-malus besorolása 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-erősítési szerv, valamint az agrárpolitikai felelős miniszter által vezetett minisztérium nyilatkozata alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézményvel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevet vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatokérés célját és jogalapját, azaz, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatokérés 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 intézményvel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevet vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatérés célját.

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

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

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

**Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.**

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

- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól,
- a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatokról 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 adattartó szervezetéhez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adattalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatkörre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Info tv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

**Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:**

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személyes vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fókolep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás ügyfele (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 adat átadása,
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

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

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormányja és az Amerikai Egyesült Államok Kormányja között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XVI. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazdasági együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

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

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

- (3) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
  - b) a biztosított személy adatfelvételkor, 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 vagyonjogok, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
  - c) az a) pontban meghatározott vagyonjogokat, 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 személyes jogi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkor, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
  - d) a károsított vagyonjogai 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 személyes jogi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

- (6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban a jármű jarműazonosító adatait (rendsztáma, alvázsztáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:
- a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is;
  - b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényei, a kár összegére vonatkozó információkat.

(7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyonjog vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatérés 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 adakezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

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

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

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

(13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított 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 veszályközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza

- a) a szerződő személy azonosító adatait;
- b) a biztosított vagyonjogai azonosító adatait;
- c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyonjogot 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 veszályközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából Adatbázisból adatot igényelhet.

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

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

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

(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), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási adatokat művelésére tevékenységét engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.

(8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított 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 elévüléssel 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 adakezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

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

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

(16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igényléseiről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információk önrendeléshez 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 művelői 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.”