

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

A várakozási idő értelmében terheléssel kapcsolatos járóbeteg szakellátás (általános és különös feltételek 8) dd) pontja) a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével vehető igénybe.

#### Általános kockázatkizárások:

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

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

**Díjfizetés:** a havi díj minden hónap első napján esedékes és a szerződő részére kell megfizetni, a szerződő által kiállított számlán, a 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 Energia Zrt., 1439 Budapest, PF. 700.) vagy e-mailben ([ugyfelszolgalat@nkm.energy](mailto:ugyfelszolgalat@nkm.energy)) 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 korhatár 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.



- szerződés felülvizsgálata és a biztosítási díj módosítása.**
- A biztosító a szerződőt a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásával indokolt díjmódosításról annak tervezett hatálybalépése előtt legalább 90 nappal értesíti. Ha a szerződő a tervezett hatálybalépést megelőző 60. napig nem nyilatkozik írásban a díj módosításával kapcsolatban, úgy a szerződés oja a módosítási javaslatnak megfelelően változik.
  - A szerződő a biztosítottakat a módosított díj hatálybalépése előtt legalább 45 nappal értesíti postai vagy elektronikus levélben.
  - Ha a módosított biztosítási díj mellett a biztosított nem kívánja fenntartani a biztosítási fedezetet, akkor azt írásban, a biztosítónak címzeve 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.**
  - A módosított díj annak hatálynapjától minden biztosított vonatkozásában alkalmazzandó.
- 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 biztosító jelen csoportos biztosítás keretében négy különböző biztosítási csomagot tesz elérhetővé (Alap, Optimum, Fókusz, Exklúzió). E négy csomag különböző a bennük foglalt szolgáltatások számában, típusában, valamint a biztosítási díjban.
- Biztosítási csomagot a csatlakozási nyilatkozat megítéltekor egyéni igényeinek megfelelően a biztosított választ, figyelembe véve a 2) f) pontban rögzített korlátokat is.
- Egy család biztosítottjaira (a szerződő ügyfelére és hozzátartozóira) csak ugyanaz a csomag választható.**
- Csomagok közötti váltás a korábban választott csomag lemondásával (biztosítási fedezet megszüntetésével) és új csatlakozási nyilatkozat megítélésével lehetséges.
- Egy biztosítóra egy időben egy csomag lehet érvényben.
- 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.

- 7/24 orvosi call center szolgáltatás**
  - Biztosítási esemény a biztosított betegsége, megbetegedése.
  - 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.
  - Az ellátásszervező telefonszáma: +36-1-461-15-98.**
    - Az orvosi tanácsadás keretében a biztosított a következőkötőkhöz kaphat tájékoztatást magyar és angol nyelven:
      - betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőréssel kapcsolatos kérdésekről,
      - gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
      - orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyletekről,
      - ügyeletes gyógyszerterápiáról,
      - egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
  - A szolgáltatás során a call center által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem pótolják a személyes orvosi vizsgálatot.**
    - Az ellátás igénybevétele az alábbiak szerint történik:
      - A hívás során felhívja az ellátásszervező call centerét, ahol egy operátor fogadja a hívást.
      - Megőrtönik 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.
- Járóbeteg szakellátás megszervezése**
  - Biztosítási esemény a biztosított betegsége vagy balesete.
  - Ha a biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra, képalakító diagnosztikai vizsgálatra, illetve labor-diagnosztikai vizsgálatra szorul, úgy az ellátásszervező vállalja, hogy segítséget nyújt a biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltató megtalálásában, ahol az igényelt szakorvosi ellátás elérhető. Az ellátásszervező az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl a biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja.
  - A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a választott csomagtól, a járóbeteg szakellátást kiváltó biztosított eseménnyel és az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltatási limittől függetlenül vagy a biztosítás fedezi vagy a biztosított fizeti. A biztosítás által fedezett szolgáltatások leírását a 8) pont közötti alpontjai tartalmazzák.**
  - A szolgáltatás igénylése az ellátásszervező call centerénél (+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 megőrtönik a biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az 8) a) pontban felsorolt adatok alapján.
    - Az operátor rögzíti az igényt, egyeztet 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 megőrtöni írásban.
    - A szakorvosi vizsgálat megszervezésnek határideje a bejelentéstől számított 10 munkanap.**
    - Amennyiben a biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélrt 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.**
- Második orvosi vélemény szolgáltatás**
  - 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 távszakvéleményről kell érteni.
  - A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:** hozzáférés nemzetközi orvosszakértők szakudvásához, elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá beterveztet minden esetben. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Az ellátásszervező minden esetben kijelöli egy esetleltést, aki a biztosítottot elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával.
  - A második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi, a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatvisselési tartamon belül **előzmény nélküli** bekövetkező betegsége esetén nyújtja:
    - az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulati daganat),
    - szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet,
    - szervátültetések,
    - neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát,
    - az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció,
    - a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák,
    - az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
  - A felsorolaton kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtápadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.
  - A szolgáltatási igény bejelentése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.
- A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások**
  - Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottal a rá vonatkozó kockázatvisselési tartamon belül előzmény nélküli bekövetkező betegsége vagy balesete, amely miatt egészségügyi ellátása válik szükségessé **a kockázatkizárások 4. számú mellékletében szereplők kivételével bármely járóbeteg ellátásban elérhető orvosi szakágban**, mely ellátás járóbeteg szakellátás, ezen belül
    - szakorvosi vizi,
    - diagnosztikai vizsgálatok,
    - labor-diagnosztikai vizsgálatok,
    - ambuláns beavatkozások
    - és gyógyszereske felírásakeretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges.
  - 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.
  - A biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatvisselés 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.
  - Terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít (maximum az éves limit erejéig).** A szakor-

- vos vizsgálatát egy időben, annak részeként végzett ultrahang (UH) vizsgálat a terhítés szemponjtából nem számít önálló ellátásnak. A terhességhez kapcsolódó terhítés ellátás keretében genetikai ultrahang vizsgálat, valamint a genetikai rendelkezességek kiszűrésére szolgáló kombinált teszt ultrahang eleme is igénybe vehető.
- de) Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limittől rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezőskor.
- df) **Amennyiben a biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.** A biztosító ugyancsak utólag téríti meg a terhességi kombinált teszt ultrahang elemének költségét a felvett évenkéntes éves limit mértékétől függetlenül, amennyiben az egészségügyi szolgáltató az ultrahang vizsgálatról önálló számítást nem állít ki.
- A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**
- dh) A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a járóbeteg szakellátás megszervezéséről szóló részben rögzítettek szerint zajlik az ellátásszervező call centerén (+36-1-461-15-98) keresztül.

### e) Képalakító diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása

- Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottal a rá vonatkozó kockázatvisselési tartamon belül előzmény nélküli bekövetkezett, **szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított** betegsége vagy balesete, amely miatt további gyógyulásához a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások elvégzése válik szükségessé.
- 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.
- CT (computer tomográf – számítógépes rétegvételező diagnosztika):** a biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek körös anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.
- Cardio-CT (tomográfás 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.
- PET-CT (pozitron-emissziós tomográfás diagnosztika):** a biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely előszörban rosszindulati daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiák meghatározására és eredményességének követésére szolgál.
- 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 képalakító diagnosztikai vizsgálatokra való jelentkezőskor.
- 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.**
- e) A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslattal. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**
- 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

- Biztosítási esemény a biztosítottal a Biztosítottal a rá vonatkozó kockázatvisselési tartamon belül előzmény nélküli bekövetkezett betegsége vagy balesete, ami miatt olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozás válik szükségessé, amely a biztosított ambuláns műtéti kiváltására és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételekrendszerrel működő intézményben történik, és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.
- 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.
- A műtétrhez kapcsolódó előzetes ellátások, vizsgálatok (általában, de nem kizárólag laborvizsgálat, mellkas röntgen és altagorvosi vizsgálat) költségét, a műtétrhel felhasználni implantátumok költségét, valamint a 24 órát meg nem haladó kórházi tartózkodás egyéb költségeit (hotelszolgáltatás költségeit) is fedezi a biztosítás.
- f) Amennyiben a biztosításban fedezett sebészeti beavatkozás során komplikáció merül fel, és emiatt orvosilag indokolt módon meghosszabbított, 24 órá meghaló kórházi tartózkodás, illetve további ellátások, vizsgálatok válnék szükségessé, az ezekhez kapcsolódó költségeket a biztosító nem téríti meg.**
- fe) Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limittől rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezőskor.
- fg) Amennyiben a biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig.**
- fg) A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslattal. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező megalapozottnak minősítse.**
- 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) Rettegget betegség szolgáltatás

- Biztosítási esemény a biztosítottal (a biztosítottal) a rá vonatkozó kockázatvisselési ideje alatt 25 különböző kritikus betegség, illetve orvosi beavatkozás valamelyikének diagnosztizálása, illetve alkalmazása. **A betegségek, illetve eljárások részletes leírását a 2. számú melléklet tartalmazza.**
- A rettegget 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 diagnózisának megállapítását, illetve az orvosi beavatkozás elvégzését követően a biztosított legalább 30 napig életben van. A biztosító csak egy, a legkorábban bekövetkező rettegget betegség vonatkozásában teljesít szolgáltatást.**
- A 2. számú mellékletben felsorolt események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha az esemény, valamint az eseményhez vezető baleset vagy betegség a kockázatvisselési időszakban előzmény nélküli következtet be. Előzménynek az tekintendő, ha a Biztosított csatlakozása előtt olyan betegségét diagnosztizáltak, amelyre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azaz közvetlen okozati összefüggésben áll. Előzménynek tekintendő továbbá, ha a kockázatvisselés kezdete előtt 3 hónapon belül olyan tünetet észleltek, illetve laboratóriumi vagy képalakító 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. Műtéri beavatkozás végrehajtásával definiált események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha a kockázatvisselés kezdetekor nem állt fenn az adott típusú beavatkozásra vonatkozó műtéri indikáció és/vagy műtéri előjegyzés.**
- A biztosító szolgáltatást csak a 3. számú mellékletben felsorolt dokumentumok benyújtása esetén teljesít.
- ge) A biztosító a rettegget betegség szolgáltatását (a biztosítási összeg kifizetését) a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki. A biztosítási összeg kifizetésével a rettegget betegség fedezet megszűnik (a többi fedezet változatlan tartalommal életben marad).
- gf) **A szolgáltatási igényt a többi szolgáltatástól eltérően a biztosítónál kell bejelenteni a 10) ab) pontban rögzített módon.**

## 9) VÁRAKOZÁSI IDŐ

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

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

- A várakozási idő az adott biztosítóra vonatkozó kockázatvisselési kezdettől számítandó.

- Amennyiben a nem baleseti eredetű, rettegget betegség szolgáltatásához kapcsolódó biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a Biztosított szolgáltatást nem teljesít, de a rettegget betegség szófé fedezet életben marad.** A biztosító eltérő a várakozási idő alkalmazásától, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következke be.

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

## 10) A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

- a) A biztosítási esemény annak bekövetkeztétől számított 15 munkanapon belül be kell jelenteni:
- aa) rettegett betegség szolgáltatás kivételével kizárólag telefonon, az ellátásszervező call centerén keresztül (+36-1-461-15-98);
  - ab) rettegett betegség szolgáltatás esetében a szolgáltatási igénybejelentő formanyomtatvány biztosítónak történő elküldésével (levelezési cím: 1300 Budapest, Pf. 177, e-mail: nkm@cig.eu, fax: +36-1-247-20-21).
- a bejelentés során a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítókat tartalmazó ellenőrzését.
- b) **A határidő elmulasztása, késedelem kárbejelentés esetén a biztosító a szolgáltatás alól mentesül, de csak abban az esetben, ha a késedelem 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 elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanaból a céltől más biztosítótól, a társadalombiztosítótól és egyéb hatósággal kapcsolata lépjen. **Amennyiben a biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséről és az orvosi titoktartás alól felmentésről szóló adatkezelési nyilatkozatát az első kárbejelentés előtt a biztosítóhoz nem juttatja el, a biztosító és az ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.**
- d) A biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- e) A biztosított a biztosító előírásai és utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnosztikát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatnia kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő ápolásról és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. **Ha a biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt a biztosított állapota súlyosbodott, a biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól.** A kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

## 11) A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

- a) **A biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosítási esemény jellegétől függően a következő iratokat kérheti:**
- ba) kedvezményezett személyazonosságát igazoló dokumentum;
  - bb) a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (mint pl. a biztosított és a biztosítási 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, közpazarati, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatóság eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata;
  - bf) a biztosítottak a biztosítási eseménnyel, valamint a körülmények adatként összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. ház- vagy üzemorvosi, 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, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak;
  - 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 biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.
- b) A biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a szerződő és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- c) A szerződő és a biztosított köteles a biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A biztosító jogosult a közzétett adatok ellenőrzésére.
- d) A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a biztosított 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, költségtérítéssel, 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 szennelt változatot tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást.
- b) Minden jognyilatkozati 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. Ügyfélékszolgálati 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 panasz elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:
- Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Foglalkozásvédelmi Központja (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., honlapja: <http://www.mnb.hu/foglasztvedelem>, 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, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésességével és annak joghatásaival kapcsolatos ügyvitel 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 biztosítással összefüggő, legfontosabb adózási szabályok a következők: a biztosító minden szolgáltatása a magánszemély biztosított adómentes bevétele.
- h) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette, megküldésére kezesbizonnyal, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételt az érdekeltnél írásban elismerte. Illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.
- i) A biztosító a fizetőképességeről és pénzügyi helyzetéről köteles évente jelentést közzétenni. A biztosító a fizető-képességeről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentést a honlapján ([www.cigpannonia.hu](http://www.cigpannonia.hu)) és a Budapesti Értéktőzsde 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: <ul style="list-style-type: none"><li>• járóbeteg szakrendelés</li><li>• diagnosztika</li><li>• labordiagnosztika</li><li>• ambuláns beavatkozások</li></ul>	-	-	Szol. limit: 500 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: <ul style="list-style-type: none"><li>- laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év</li><li>- ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év</li></ul>	Szol. limit: 1 000 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: <ul style="list-style-type: none"><li>diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év</li><li>ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év</li></ul>
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: RETTEGTEG 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 kórszerűsége kísér. Klinikai bizonyítékokon alapuló szabványosított tesztek egyértelműen alátámasztanak. A betegségnek jelentős gondolkodó képességbeli károsodást kell eredményeznie, melyet neurológus szakorvosnak kell igazolnia. Alkohol, kábítószer használatával vagy AIDS-szel összefüggő szellemi hanyatlás (demencia) nem képez biztosítási eseményt.

#### 2) Aorta műtét

Életet veszélyeztető érrendszeri betegség miatt az aorta (fő verőér) mellkasi vagy hasi szakaszán végzett nagy műtét. Ide tartozik az aorta szűkület helyreállítása, aorta társult vagy érfalsérülés, szakadás korrekciója beültetett érpóttal. A minimál invazív eljárással beültetett stent nem képez biztosítási eseményt. Az aortából leágazó verőerekben végzett műtetre sem terjed ki a biztosítás.

#### 3) Aphasztikus verszégység

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

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

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

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

#### 5) Vakság

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

#### 6) Agyműtét

Általános anesztéziában (átaltásban) a koponya megnyitásával (kraniotomiával) az agyban aktuálisan végzett műtét. A kulcslyuk behatolás is ide tartozik. Baleseti eredetű agyműtét nem tartozik a biztosítási események közé. A beavatkozás szükségességét minősített specialistanak 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 (pre malignus) állapot,
- a T2N0M0-ról nem súlyosabb prostata rák,
- papillaris vagy follikuláris pajzsmirigyrák, mely enyhébb, mint T2N0M0,
- a bőr basalis sejt és lapárissejt karcinómái, valamint a dermatofibrosarcoma protuberans,
- és a rák diagnóza a testnedvekben, és testváladékokban (vér, nyál, széklet vizelet) kimutatható tumor sejteknek illetve tumor-asszociált molekulákon alapul további egyértelmű, döntő klinikai bizonyíték hiányában.

## 8) Állandó egészségkárosodáshoz vezető kóma

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

## 9) Koszorúér (bypass) műtét

NYitott szívű műtét, amelynél szternotómiát 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 kivételzett 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 fekvés 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 hajtják végre olyan rendellenesség miatt, melyet artériás katéteres eljárásokkal nem tudnak elvégezni. A műtétet kardiológus szakorvos javaslata alapján kell végrehajtani.

## 13) HIV-fertőzés a vérátömlesztés miatt

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

## 14) Végstádiumú veseelégtelenség, amely állandó dialízist igényel

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

## 15) Végstádiumú májelégtelenség

A végstádiumú májbetegség vagy májszögör a krónikus végstádiumú májelégtelenséget jelent, amely az alábbiak legalább egyikét okozza:

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

## 16) Végtagvesztés

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

## 17) A beszéd teljes és végleges elvesztése

A beszédképeség teljes és végleges elvesztése legalább folyamatosan tizenkét hónapig. Az orvosi bizonyítékok megfelelő (fül-orr-gégész) szakemberek kell igazolnia, és meg kell erősítenie a hangszállék sérülését vagy betegségét. Minden pszichiatrai 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 idegeket 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 gyulladása és demyelinizációs betegsége, mely neurológiai tüneteket és panaszokat is okoz. A betegség diagnosztikát neurológus szakorvosnak kell megérőstítenie a nemzetközileg elfogadott, hatályos kritériumok alapján. Jelenleg a felülvizsgálat McDonald 2010\* kritériumrendszer a hatályos.

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

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

## 22) Szívinfarktus

Az akut miokardiális infarktus végleges diagnóza: a szívizom elhalása, melyet a véráramlás elzáródása okoz. Ezt a típusos kardiális biokémiai marker emelkedésével vagy csökkenésével kell alátámasztani (Troponin T vagy CK-MB). A kapott értékek a felső referencia-határérték 99. percentilise felett kell lennie, valamint az alábbiak egyikének kell teljesülnie:

- akut szívinfarktusz következményeként kialakult szívbetegségek
- szorozatos EKG elváltozások a következők bármelyikének kifejlődésével: ST eleváció vagy depresszió, T hullám inverzió, körös Q hullám vagy bal Tawara szár block.

Egyéb akut koszorúér-szindrómák ideértve többek között az instabil anginát is, kizártak.

## 23) Parkinson-kór

A Parkinson-kór egyértelmű diagnosztizálása neurológus által, a progresszív és tartós neurológiai károsodás végleges jeleire alapozva, ahol a biztosított képtelen az alábbi hat napi tevékenység közül legalább hármat elvégezni a megfelelő gyógyszeres kezelés ellenére.

A kábítószer vagy mérgezés okozta Parkinson-kór kizárt.

A mindennapi élet tevékenységei:

- 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 és 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 hiányosságok folyamatosan a stroke diagnosztikát követő legalább hatvan napon belül,
- c) a CT-vizsgálattal vagy az MRI-vel kapcsolatos új eredmények a klinikai diagnózissal összhangban.

A fenti meghatározás nem terjed ki a következőkre:

- átmeneti iszkémiás zavar,
- b) az agyszövet vagy az erek traumás sérülése,
- c) egy már korábban létező agyi elváltozás másodlagos bevérzése,
- d) klinikai tünetek nélkül, kizárólag az agy képképző vizsgálata során véletlenül észlelt elváltozás,
- e) a látóideg vagy retina szövetek elhalása.

## 25) Fekélyes vastagbélgyulladás

Súlyos fekélyes vastagbélgyulladás, ahol teljes vastagbél eltávolítást végeztek.

## 3. SZÁMÚ MELLÉKLET: A RETTEGETT BETEGSÉG SZOLGÁLTATÁS

## KÁRBEJELENTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES ADATOK, DOKUMENTUMOK

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

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

b) Szívinfarktus elfogadásának feltételei a következők:

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

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.

c) Szívkozorúér 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) Lépfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

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

h) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórház zárójelentés alapján kerül elfogadásra.

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

j) Szklerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórelőzmény, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elévített képképző eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

k) AIDS- (HIV-) betegség elfogadása felvételgyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnosztikai alapján történik.

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

m) Belső máj diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon, vagy intervizó osztályon kiállított kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.

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

A biztosító a fenti dokumentumok szűkelt, olvasható formátumú változatát is elfogadja.

## 4. SZÁMÚ MELLÉKLET: KOCKÁZATKIZÁRÁSOK

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

### Jelmagyarázat:

- > 7/24 orvosi call center szolgáltatás
- > Járóbeteg szakellátás megszervezése
- > Második orvosi vélemény szolgáltatás
- > A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások
- > Képképző diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása
- > Egy napos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása
- > Rettegett betegség szolgáltatás

Kizárt kockázatok leírása	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
A kockázatvétel kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás			X	X	X	X	X
A kockázatvétel 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 cselekedeteiben, kormány elleni puccsban vagy puccsikísérlésben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésben, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határviillongásban való részvételtől 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 szakvégeztett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy olyan, orvosi által végzett gyógykezelés során, amelyről nem tartották be az orvoszakmai előírásokat	X	X	X	X	X	X	X
Kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvoslag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási események	X	X	X	X	X	X	X
Az a biztosítási esemény, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következett be	X	X	X	X	X	X	X
Az a vizsgálat, ellátás: • amelyek igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt és/vagy • amelyek igénybevétele nem az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatótól történt.				X	X	X	
Az alábbiakból eredő egészségügyi ellátások: • sürgősségi okból, 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, • drogterápia-ellátás, gondozás, • foglalkozás-egészségügyi szakellátás, • akupunktúrás kezelés, • fogászati diagnosztika, szakellátás, • fogászati indikációval kapcsolatos egyéb ellátás (pl. szájszészeti ellátás keretében bölcsességfok eltávolítás), • onkológiai szakellátás, • pszichiatrái szakellátás, • lézeres körömgomba-eltávolítás, • geriatrái kezelés, gondozás, • dialízis kezelés, • digitális dermatoscopia, • visszér betegség injekciós kezelése (scleroterápia), • nemibeteg gondozás, • a meddség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok, • pszichiatrái kezelés, • gyógypedagógiai kezelés, • fizio- és mozgásterápiás kezelés, • intenzív betegellátás, • klinikai onkológiai gondozás • HIV-beteg gondozása, • Hepatitis C beteg gondozása, • aneszteziológiai ellátás**				X	X	X	

Az a vizsgálat, ellátás, amelyet előíró orvosi javaslat/beutaló nem tartalmazza az orvos pecsétjét				X	X	
Orvosi javaslat hiányában igényelt egészségügyi szolgáltatás				X	X	
Az a vizsgálat, ellátás, amelyet előíró orvosi javaslatot/beutalót nem szakrendelő orvosa állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is ellátja.				X	X	
A kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok körében felmerülő biztosítási esemény/kapcsolatban, a jogszabályból eredő kötelező védőoltások és szűrések			X	X		
Az alábbi diagnosztikai vizsgálatok: • széklet genomika teszt • ételintolerancia teszt • hajdiagnosztika • kapszula endoszkópia • CT-lézer mamográfia • sztereotaxiás biopszia			X			
Az alábbiakból eredő egynapos sebészeti beavatkozások: • Sterilizatio laparoscopica feminae • Sterilizatio laparoscopia kapocsal • Sterilizatio laparoscopia gyűrűvel • Sterilizatio laparoscopia monopól. Elektródával • Sterilizatio laparoscopia bipól. Elektródával • Extrauterin graviditás laparoscopos műtete • Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából • Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel • Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel • Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal • Interruptio Hegar tágtátsall, curettage-zsal • Interruptio laminaria tágtátsall • Gyógyszerrel végzett interruptio befejezésre • Meddősséggel kapcsolatos beavatkozások • Művi megtermékenyítés • Szépészeti okból végzett plasztikai műtétek • Orrvényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások • Visszerműtét					X	
A következő sporttevékenységekkel összefüggő biztosítási események: búvárkodás, felfékezés, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, szkiakadémia az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás, eftjörnyőzés						X

\*: A B) db) 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 kapcsolatosak. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi vagy egyéb diagnosztika és gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.

\*\*.: Az egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása tekintetében az 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 megítéséhez 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 megítélete 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 adóigazolások kiállításához, a pénzmossási elleni intézkedések keretében a károkóval való megelőzés érdekében a szükséges adatkezelés teljesítéséhez. Ezen adatok a pénzmossási elleni intézkedések keretében a károkóval való megelőzés érdekében a szükséges adatkezelés teljesítéséhez. Ezen adatok köré 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 személy jogos érdekében érvényesítése alapján kerül sor. Ilyen személyes adatok kezelésére kerülhet sor a károkozóval való megelőzés érdekében a szükséges adatkezelés teljesítése során. Az ilyenkor kezelt adatok köre megegyezik a biztosító szerződés teljesítése érdekében szükséges adatkezelés során felsorolt adatok körével. (GDPR 6. cikk f.) pontja)

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

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

#### 2) Az adatkezelő adatai és felügyeleti hatóságai

**Adatkezelő:** CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (1033 Budapest, Flórián tér 1.)  
**Adatvédelmi tisztviselő:** Dr. Csevár Antal, vezető jogász (e-mail: jog@ciq.ig; 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; levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.; https://www.mnb.hu/tojogyszovvelem/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 átdótt 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 adatai korlátozással, vagy azon személyes adatokat jogosultak kezelni, amelyek a szerződés létrehozása és fenntartása, továbbá a díjazások 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 önállóan 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 kértét követő 30 napon belül díjmentesen nyújtja. A szóbeli tájékoztatás feltétele a személyazonosság és a tájékoztatáshoz való jogosultság előzetes megállapítása.

##### Hozzájárulási jog

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

##### Helyesbítéshez való jog

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

##### A törüléshez (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 profilalkotási 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 kapcsolatban 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 érdekében 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 törüléshez 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 érdekében történő adatkezelése ellen tiltakozott; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy az adatkezelő jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az Ön jogos indokaival szemben.

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

##### Adathordozhatósághoz való jog

Jogosult arra, hogy az Önről vonatkozó és a biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja, továbbá jogosult arra, hogy a biztosítóval vagy a biztosítóval együtt más közvetlenül vagy más adatkezelőnek továbbítsassa. Az adatkezelés feltétele, hogy a Biztosító az Ön az személyes adatait a hozzájárulása alapján kezeli, vagy az adatkezelés szerződéses 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 érdekében történő érvényesítéséhez szükséges okból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is. Ebben az esetben a Biztosító a személyes adatokat nem kezelheti tovább, kivéve, ha bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az Ön érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.

Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, Ön jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon a rá vonatkozó személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az a közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik. Amennyiben Ön tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők.

##### A biztosítási titkokkal 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 ügyfeleket (ideértve a károsultak is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződésére 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 titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

Az fenti céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.  
 A biztosító vagy viszontbiztosító, saját, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titkoknak 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 titkok kört megjelölve írásban felmentést kapott, továbbá a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és állvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatkezelés keretében a biztosítási titkoknak minősülő adatokat bocsát az alábbi szervek rendelkezésére:

- a feladatkezelésben eljáró felügyelet,
- a nyomozási elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- 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 vagyongyűjtővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyoni felügyelővel, rendkívüli vagyongyűjtővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezés eljárásában eljáró főhitelező, Csaldai Csovdédelmi Szolgálat, családi vagyongyűjtővel, bíróság,
- a hatykatki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő,
- az adóhatóság abban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosító törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- feladatkezelésben eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- feladatkezelésben eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- feladatkezelésben eljáró gyámhatóság,
- az egészségügyi törv. 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
- törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titokszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- a viszontbiztosító, a csoport más vállalkozása, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosító,
- törvényben szabályozott adattovábbítások során átdótt adatok tekintetében a kövnyvnyilvántartást vezető kövnyvnyilvántartó szerv, a károktörténeti nyilvántartást vezető károktörténeti szerv, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárműekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokat ellátó központi szervekkel, továbbá a közlekedési igazgatási hatóság, valamint a Közigazgatási és Elektronikus

- Közszolgáltatások Központi Hivatala,
- m) az állományáruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezése szerint – az átvétő biztosító,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlatát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezetet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, a kárrendezési megbízott és kárképviseelő, továbbá – a közúti közlekedési balesetekvel kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendeléshez jogalapos – a károkozó,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,
- p) felkérés esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adata névre teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelmények kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő,
- q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosja,
- r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóság,
- 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-érnyeltési szerv, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium nyilatkozata alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézményvel,
- u) a felszámoló szervezetek 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 fajtaját, az adatokérés célját és jogalapját, azaz, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtaját, 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 fajtaját 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 kábítószerek visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbantással vagy robbantószerek visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszervezetben vagy bünszervezetben elkövetett büncselekménnyel,
- A Btk. szerinti kábítószerek-kereskedelemmel, kábítószerek birtoklásával, kóros szenvedélykultúrával vagy kábítószerek készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbantással, robbantószerek visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszervezetben 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 adattulajdonos szervezetéhez (harmadik országbeli adattulajdonos) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adattulajdonos) ahhoz írásban hozzájárult, vagy ha – az adatalány hozzájárulása 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) fűkölepek esetében a külföldi székhelyű vállalkozás (ülőfőjára) 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 adattátadás.

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 az 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 Kormány és az Amerikai Egyesült Államok Kormány 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 veszélyközösség 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 adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
  - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
  - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
  - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatahoz szükséges adatokat.

- (4) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3.–9., és 14.–18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
  - b) biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
  - c) az a) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
  - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
  - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatahoz 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 jogszerelem miatt sérelmidj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- d) a károsított vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat; és
- e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyes jogszerelem miatt sérelmidj 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 azonosítási adatait (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:

- a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is;
- b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvételi tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.

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

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

(9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az 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 kitéve – 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 biztosító – az 1. melléklet A) rész 3.–6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatna létre, amely tartalmazza

- a) a szerződő személy azonosító adatait;
- b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
- c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és
- d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.

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

(3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából 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 adattátadás 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 megvalósulása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f), g) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységet engedélyvel 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 elévüléseig 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 igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információk önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

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

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