



Biztosítási terméktájékoztató

Az NKM Áramszoolgáltató Zrt. által nyújtott szolgáltatáshoz kapcsolódó RELAX Számlavédelem csomagok biztosításhoz

Jelen terméktájékoztató az NKM Áramszoolgáltató Zrt. által nyújtott szolgáltatáshoz kapcsolódó számlavédelmi biztosítás főbb jellemzőit tartalmazó egyszerűsített tájékoztató anyag, mely **(1) nem tartalmazza az alkalmazandó feltételek összességét és (2) nem képezi a biztosításra vonatkozó szerződési feltételek részét.**

A jelen terméktájékoztató és az Általános Biztosítási Feltételek és/vagy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek között fennálló esetleges ellentmondás esetén az Általános Biztosítási Feltételek és a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései irányadók.

A csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek megismerése céljából kérjük, olvassa el a mellékelt Általános és Különös Biztosítási Feltételeket.

Szerződő:	NKM Áramszoolgáltató Zrt. (a továbbiakban: Szerződő)
Biztosító:	CARDIF Biztosító Zrt. Székhely: 1033, Budapest Kórház u. 6-12. 2. em. Cégjegyzékszám: 01-10-044717 PSzÁF eng.sz.: II – 404 / 2002
Biztosított:	Mini és Alap biztosítási csomag esetében olyan természetes személy, aki • 18 (tizennyolc) és 65 (hatvanöt) év közötti életkorú, • a Szerződővel érvényes villamosenergia-vásárlási szerződéssel rendelkező (Felhasználó vagy Fizető) vagy vele egy háztartásban élő közeli hozzátartozó, • nem öregségi nyugdíjas, nem részesül rehabilitációs- vagy rokkantsági ellátásban, és • az általa tett nyilatkozattal a Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott, és akire ennek alapján a Biztosító kockázatviselése kiterjed (Főbiztosított). Családi biztosítási csomag esetében (1) az a természetes személy, aki • 18 (tizennyolc) és 65 (hatvanöt) év közötti életkorú, • a Szerződővel érvényes villamosenergia-vásárlási szerződéssel rendelkező (Felhasználó vagy Fizető) vagy vele egy háztartásban élő közeli hozzátartozó, • nem öregségi nyugdíjas, nem részesül rehabilitációs- vagy rokkantsági ellátásban, és • az általa tett nyilatkozattal a Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott, és akire ennek alapján a Biztosító kockázatviselése kiterjed (Főbiztosított) és (2) a fenti (1) pontban meghatározott Főbiztosított azon <u>házastársa vagy bejegyzett élettársa</u>, amely házastárs vagy bejegyzett élettárs a biztosítási esemény bekövetkezésekor 18 évnél idősebb, de még nem töltötte be a 65 évet, a Főbiztosítottal életvitelszerűen egy életközösséget alkot és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában azonos lakcímre van hivatalosan bejelentkezve valamint a fenti (1) pontban meghatározott Főbiztosítottal közös háztartásban élő, vele életvitelszerűen egy életközösséget alkotó és lakcímre hivatalosan bejelentkezett <u>maximum 2 fő</u> a biztosítási esemény bekövetkezésekor 2 évnél idősebb, de 18 éven aluli gyermek, vagy (3) a fenti (1) pontban meghatározott Főbiztosítottal közös háztartásban élő, vele életvitelszerűen egy életközösséget alkotó és lakcímre hivatalosan bejelentkezett <u>maximum 3 fő</u> a biztosítási esemény bekövetkezésekor 2 évnél idősebb, de 18 éven aluli gyermek, akikre a Biztosító kockázatviselése kiterjed.
Kedvezményezett:	Az, aki részére a Biztosító a szolgáltatást teljesíti.

Biztosítási események:	• A Főbiztosított keresőképtelensége (60 napon túli betegállomány) • A Főbiztosított munkanélkülisége (60 napot meghaladó álláskeresőként történő nyilvántartás) • Az Alap és a Családi biztosítási csomag esetében a belépéskor 18. évnél idősebb Biztosított baleseti rokkantsága (balesetből eredő, végleges, legalább 50%-os egészségkárosodás) • A Családi biztosítási csomag esetében a Biztosított balesetből eredő égési sérülése • A Családi biztosítási csomag esetében a Biztosított balesetből eredő csonttörése • A Családi biztosítási csomag esetében a Biztosított baleseti kórházi ellátása	
Biztosítási szolgáltatás:	Keresőképtelenség vagy munkanélküliség esetén: A Biztosító Mini biztosítási csomag esetében havi fix 5 000 forintot, Alap és Családi biztosítási csomag esetében havi fix 10 000 forintot (ha a Főbiztosított igazolja, hogy a keresőképtelenség kezdetekor nem a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.2 pontjában foglaltak szerinti munkaviszony keretében folytatott kereső tevékenységet, akkor ezen összeg kétszeresét) térít az NKM Áramszolgáltató Zrt. mint kedvezményezett részére készpénzre nem váltható számlajóváírás formájában, ha a Főbiztosított igazolja, hogy a keresőképtelenség vagy a nyilvántartott munkanélküliség 61. napját követően továbbra is keresőképtelen. A Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsorolt időpontok közül a leghamarabb bekövetkezik: (1) a keresőképtelenség illetve a regisztrált munkanélküli állapot megszűnéséig vagy, (2) a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (3) de legfeljebb 6 egymást követő hónapig. Baleseti rokkantság (végleges, legalább 50%-os egészségkárosodás) esetén, amely kizárólag az Alap és a Családi csomag választása esetén képezi a szolgáltatás részét: A Biztosító egy összegben megfizet a Főbiztosított részére egymillió forintot. Amennyiben a Főbiztosított, vagy amennyiben a villamosenergia-vásárlási szerződés alapján a szolgáltatási díjat – és azzal együtt a biztosított(ak)ra vonatkozó díjat is – nem a Főbiztosított fizeti, ennek a más személynek (Fizető) a villamosenergia-folyószámlája tartozást mutat, a Biztosító a tartozás összegét az egyszeri szolgáltatási összeg terhére közvetlenül az NKM Áramszolgáltató Zrt-nek utalja át, a fennmaradó összeget pedig a Főbiztosított által megjelölt bankszámlaszámra fizeti ki. Balesetből eredő égési sérülés esetén, amely kizárólag a Családi csomag választása esetén képezi a szolgáltatás részét: A Biztosító egy összegben megfizet 200 000 forintot. Amennyiben a Főbiztosított, vagy a Fizető villamosenergia-folyószámlája tartozást mutat, a Biztosító a kimutatott tartozás összegét az egyszeri szolgáltatási összeg terhére közvetlenül az NKM Áramszolgáltató Zrt-nek utalja át, a fennmaradó összeget pedig a Főbiztosított által megadott bankszámlaszámra fizeti ki. Balesetből eredő csonttörés esetén, amely kizárólag a Családi csomag választása esetén képezi a szolgáltatás részét: A Biztosító egy összegben megfizet 10 000 forintot balesetenként, a csonttörések számától függetlenül. A Biztosító az egyszeri szolgáltatási összeget a Főbiztosított által megadott bankszámlaszámra fizeti ki. Baleseti kórházi napi térítés esetén, amely kizárólag a Családi csomag választása esetén képezi a szolgáltatás részét: A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az első 5 kórházban töltött napot (önrészesedés) követően minden további kórházban eltöltött napra 5 000 Ft napi térítési összeget fizet meg a Főbiztosított által megadott bankszámlaszámra.	
A kockázatviselés kezdete:	• A hónap 15. napját követő, távértékesítés keretében létrejött biztosítási jogviszony esetén a jogviszony létrejöttének a Szerződő rendszerében történő rögzítése napját követő második hónap 1-én 0:00 órakor. • Minden más esetben a biztosítási jogviszony létrejöttének a Szerződő rendszerében történő rögzítés napját követő hónap 1-jén 0:00 órakor. A kockázatviselés kezdetének napját a Szerződő a Biztosított részére küldött írásbeli visszaigazoláson rögzíti.	
A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:	<i>Várakozási idő</i>	(munkanélküliségi szolgáltatás esetén): A kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 nap. Ha (i) a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy (ii) a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító a bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást. <i>Szolgáltatási maximum:</i> • Keresőképtelenségi és munkanélküliségi szolgáltatás esetén: a biztosítás tartama alatt legfeljebb 12 havi szolgáltatás (kockázatonként külön-külön) • Balesetből eredő égési sérülés esetén legfeljebb 200 000 forint • Baleseti kórházi napi térítés esetén egy Biztosítottra vonatkozóan legfeljebb 2 biztosítási eseményre, és a biztosítás tartama során összesen maximum 300 000 forint

A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:	<i>Teljesítési határidő:</i>	Az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül , ha a biztosítási esemény tekintetében a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.
	<i>Elévülési idő</i>	A biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év .
	<i>Mentesülési okok:</i>	Ld. az Általános Biztosítási Feltételek 16.§-át.
	<i>Kizárások:</i>	Ld. az Általános Biztosítási Feltételek 17.§-át, valamint a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek megfelelő §-ait (a keresőképtelenségi kockázat és a balesetből eredő, végleges, legalább 50%-os vagy azt meghaladó mértékű egészségkárosodás kockázat esetében a 4.§, a munkanélküliségi kockázat esetében az 5.§) Pl.: meglévő ismert betegség; ittas járművezetés; harci események; anyasággal kapcsolatos keresőképtelenség; nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) pszichiátriai betegségek; határozott tartamú munkaviszony; munkaviszony próbaidő alatti vagy munkavállaló által kezdeményezett (akár rendes felmondás, akár közös megegyezés miatti) megszűnése.
A biztosítási esemény bejelentésének módja:	A biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb 2 éven belül be kell jelenteni az alábbi címen illetve telefonszámon: CARDIF Biztosító Zrt. Kárrendezési osztály- 1033, Budapest Kórház u. 6-12. 2. em. Telefon: +36-1-501-2383 A biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó részletes rendelkezéseket az Általános Biztosítási Feltételek 15.§-a, valamint a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 3.§-a tartalmazza.	
A biztosítás megszűntetése	<i>Rendes felmondás</i>	Az Önre vonatkozó biztosítás a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal felmondható. Rendes felmondás esetén a kockázatviselés a rendes felmondás Szerződőhöz történő beérkezése hónapjának utolsó napján 0:00 órakor megszűnik.
	<i>Azonnali hatályú felmondás</i>	A (i) szóbeli vagy (ii) a Szerződő általi írásbeli megkeresés (pl. DM kampány) során tett, a Szerződő részére elküldött írásbeli csatlakozási nyilatkozattal történt csatlakozás esetén a Szerződő írásbeli visszaigazolást küld Önnek, melyhez mellékel a részletes szerződési feltételeket. Ezen írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől (ellenkező bizonyításig a kézhezvétel napjának a kiküldés napját követő 4. nap tekintendő) számított 14 (tizennégy) napon belül a biztosítási jogviszony létrejövetelére irányuló csatlakozási nyilatkozatát írásbeli nyilatkozattal indokolási kötelezettség nélkül azonnali hatállyal visszavonhatja. Az azonnali hatályú felmondás a megtételének napján 24:00 órakor lép hatályba. Amennyiben az azonnali felmondás Szerződőhöz történő beérkezése napján a Biztosító kockázatviselése már megkezdődött, akkor a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakra nem áll fenn díjfizetési kötelezettség. Az azonnali hatályú felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítenek tekinteni, ha az azonnali hatályú felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatot a 14 napos határidő lejártá előtt a Szerződő részére postára adják vagy egyéb igazolható módon megküldik. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondást a Szerződő az Önre vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondásának tekinti. Az azonnali hatályú felmondás megtételére rendelkezésre álló 14 (tizennégy) napos határidő lejártát követően Önt a továbbiakban csak a rendes felmondási jog illeti meg.
	A rendes- vagy az azonnali hatályú felmondást az alábbi címre kell küldeni: NKM Áramszolgáltató Zrt. 6701 Szeged, PF. 199. vagy ugyfelszolgalat@nkmaram.hu (regisztrált ügyfelek esetén, a regisztrált e-mail címről)	
A szolgáltatás díja	RELAX Számlavédelem Mini csomag: 290,- Ft / hó (tárgyi ÁFA mentes) RELAX Számlavédelem Alap csomag 490,- Ft / hó (tárgyi ÁFA mentes) RELAX Számlavédelem Családi csomag 890,- Ft / hó (tárgyi ÁFA mentes)	

Általános Biztosítási Feltételek

Jelen feltételek – ellenkező szerződéses kikötések hiányában – az NKM Áramszolgáltató Zrt. (a továbbiakban: Szerződő) és a CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) között létrejött csoportos számlabiztosítási szerződésre (a továbbiakban: Csoportos Biztosítási Szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződést erre hivatkozva kötötték, és a jelen feltételhez kapcsolódó különös feltételek másképp nem rendelkeznek.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet az Általános Biztosítási Feltételek 6.1. és 6.2. pontjaira, 7.§-ára, 8.6., 9.2., 11.1.1. és 11.1.4. 11.1.5. pontjaira, 12.§-ára, 15.3., 15.5. és 15.6. pontjaira, 16. és 17. §-aira, 18.1. és 18.2. pontjaira, valamint a Különös Biztosítási Feltételek – Keresőképtelenségi kockázat 1.3., pontjára, 2.§-ára, 3.2., 3.3., 3.5., 3.6. pontjaira és 4.§-ára, a Különös Biztosítási Feltételek – Munkanélküliségi kockázat 1.3., pontjára, 2.§-ára, 3.2., 3.3., 3.5., 3.6. pontjaira, 4. és 5.§-ára, valamint a Különös Biztosítási Feltételek – Balesetből eredő végleges, 50%-os vagy azt meghaladó mértékű egészségkárosodás kockázat 1.3., 3.2., 3.3. pontjaira és 4.§-ára, a Különös Biztosítási Feltételek – Balesetből eredő égési sérülés kockázat 1.4. pontjára, a Különös Biztosítási Feltételek – Balesetből eredő csonttörés kockázat 1.3. pontjára, a Különös Biztosítási Feltételek – Baleseti kórházi napi térítés kockázat 1.3. pontjára.

1. § A biztosítási jogviszony szereplői

- 1.1. A **Szerződő** az NKM Áramszolgáltató Zrt., amely a Biztosítóval a Csoportos Biztosítási Szerződést megkötö és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a csoportos biztosítás díját a Biztosítóknak megfizeti.
 - 1.2. A **Főbiztosított**:
 - 1.2.1. Az a természetes személy, aki (1) megfelel a 7.§-ban szereplő előírásoknak és (2) az általa tett nyilatkozattal a Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott (ld. még az 5. §-ban), és (3) akire ennek alapján a Biztosító kockázatviselése kiterjed.
 - 1.3. A **Biztosított**:
 - 1.3.1. Mini és Alap biztosítási csomag esetében kizárólag a Főbiztosított.
 - 1.3.2. Családi biztosítási csomag esetében az a Főbiztosított, és
 - 1.3.2.1. a Főbiztosított azon házastársa vagy bejegyzett élettársa, amely házastárs vagy bejegyzett élettárs a biztosítási esemény bekövetkeztéskor 18 évnél idősebb, de még nem töltötte be a 65 évet, a Főbiztosítottal életvitelszerűen egy életközösséget alkot és a biztosítási esemény bekövetkeztéskor időpontjában a Főbiztosított lakcímére van hivatalosan bejelentkezve valamint a Főbiztosítottal közös háztartásban élő maximum 2 fő a biztosítási esemény bekövetkeztéskor 2 évnél idősebb, de 18 éven aluli gyermek, aki a Főbiztosítottal életvitelszerűen egy életközösséget alkot és a biztosítási esemény bekövetkeztéskor időpontjában a Főbiztosított lakcímére van hivatalosan bejelentkezve,
- vagy
- 1.3.2.2. a Főbiztosítottal közös háztartásban élő maximum 3 fő a biztosítási esemény bekövetkeztéskor 2 évnél idősebb, de 18 éven aluli gyermek, aki a Főbiztosítottal életvitelszerűen egy életközösséget alkot és a biztosítási esemény bekövetkeztéskor időpontjában a Főbiztosított lakcímére van hivatalosan bejelentkezve, és akikre a Biztosító kockázatviselése kiterjed.
 - 1.3.3. A csatlakozott Főbiztosítottat a Szerződő jelenti be a Biztosítóknak.
- 1.4. A **Fizető** az a személy, aki a Szerződővel kötött villamosenergia-vásárlási szerződés alapján a szolgáltatási díjat – és azzal együtt a Biztosított(ak)ra vonatkozó, a Fizetőre áthárított díjat is – fizeti (ha ez a személy nem azonos a Főbiztosítottal).
- 1.5. A **Biztosító** a CARDIF Biztosító Zrt. amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott események bekövetkeztéskor a jelen feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.6. A **Kedvezményezett** az, aki részére a Biztosító a szolgáltatást teljesíti.

2. § A Csoportos Biztosítási Szerződés létrejötte, tartama

- 2.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban, határozatlan időtartamra jött létre. A biztosítási tartam a naptári évhez igazodó biztosítási évekre oszlik.

3. § A biztosítás tartama az egyes Biztosítottakra vonatkozóan, a biztosítási időszak

- 3.1. Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől (ld. 11. §) a kockázatviselés megszűnéséig (ld. 12. §) terjedő időtartam, amely az alábbi rendelkezések szerint biztosítási időszakokra oszlik.
- 3.2. A biztosítási időszak a naptári hónapoz igazodik.
- 3.3. Az első biztosítási időszak a Biztosító kockázatviselésének kezdetétől (ld. 11. §) az adott naptári hónap utolsó napján 24 óráig tart.
- 3.4. Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik és a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig tart.

4. § A biztosítási esemény

- 4.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés alapján az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:
 - 4.1.1. balesetből vagy betegségéből eredő, 60 napot meghaladó keresőképtelenség
 - 4.1.2. 60 napot meghaladó munkanélküliség
 - 4.1.3. balesetből eredő, legalább 50%-os egészségkárosodás.
 - 4.1.4. Balesetből eredő égési sérülés
 - 4.1.5. Balesetből eredő csonttörés
 - 4.1.6. Baleseti kórházi napi térítés
- 4.2. A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

5. § A Biztosított csatlakozása a Csoportos Biztosítási Szerződéshez

- 5.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, melyhez a Főbiztosítottak csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak. A Családi biztosítási csomag esetén a Főbiztosított csatlakozási nyilatkozatának megtételével a többi Biztosítottra is automatikusan kiterjed a Biztosító fedezete, ahhoz nem szükséges az egyes Biztosítottak külön nyilatkozata.
- 5.2. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez Főbiztosítottként csatlakozhatnak mindazon személyek, akik megfelelnek jelen feltételek 7. §-ában leírtaknak.
- 5.3. A leendő Főbiztosított az alábbi módokon csatlakozhat a Csoportos Biztosítási Szerződéshez:
 - 5.3.1. a Szerződőnél személyesen tett írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,
 - 5.3.2. a Szerződő általi írásbeli megkeresés (pl. DM kampány) során tett, a Szerződő részére elküldött írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,
 - 5.3.3. a Szerződő vagy megbízottja általi telefonos megkeresés során tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal,
 - 5.3.4. a Szerződő honlapján on-line módon tett csatlakozási nyilatkozattal.
- 5.4. A Főbiztosított a csatlakozási nyilatkozattal:
 - 5.4.1. hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen és a Csoportos Biztosítási Szerződéshez Főbiztosítottként csatlakozik, elfogadja a Csoportos Biztosítási Szerződés feltételeit, továbbá elfogadja és tudomásul veszi, hogy a Családi biztosítási csomag választása esetén a Biztosító kockázatviselése az Általános biztosítási feltételek 1.3. pontjában meghatározott Biztosítottakra is kiterjed. ,
 - 5.4.2. felhatalmazást ad arra, hogy a Szerződő a havi biztosítási díjat rá áthárítsa és a havi szolgáltatási díjjal együtt tőle beszedje (ld. még a 9.2.3 pontot).
- 5.5. Ha a leendő Főbiztosított nem azonos azzal a személlyel, aki a villamosenergia-vásárlási szerződés alapján a szolgáltatási díjat fizeti (Fizető), akkor az 5.4.1 pont szerinti elfogadó nyilatkozatot a leendő Főbiztosított, az 5.4.2 pont szerinti felhatalmazó nyilatkozatot a Fizető teszi meg.
- 5.6. A Szerződő a csatlakozást írásban visszaigazolja (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás), amelyhez az 5.3.2-5.3.4 pontok szerinti csatlakozás esetében mellékelve elküldi a jelen biztosítási feltételeket.

6. § A Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony felmondása

Azonnali hatályú felmondás

- 6.1. Az 5.3.2-5.3.4 pontok szerinti csatlakozás esetében a Főbiztosított a biztosítási jogviszony létrejöttére irányuló csatlakozási nyilatkozatát az 5.6 pont szerinti visszaigazolás kézhezvételétől (el-lenkező bizonyításig a kézhezvétel napjának a kiküldés napját követő 4. nap tekintendő) számított 14 napon belül a Szerződő részére, a 6.3 pontban feltüntetett elérhetőségre küldendő írásbeli nyilatkozattal azonnali hatállyal felmondhatja. **A határidőn belül tett azonnali hatályú felmondás a megtételének napján 24 órakor lép hatályba (írásban tett felmondás esetén a megtétel napjának az a nap számít, amikor a Főbiztosított a felmondó nyilatkozatot postára adja, vagy egyéb igazolható módon elküldi). A határidőn belül tett azonnali hatályú felmondás esetén – amennyiben az azonnali hatályú felmondás Szerződőhöz történő beérkezése napján a Biztosító kockázatviselése már megkezdődött – a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondó nyilatkozat a Biztosítottra vonatkozó jogviszony rendes felmondásának (ld. 6.2 pont) minősül.**

Rendes felmondás

- 6.2. A Főbiztosított a 6.1 pontban szereplő határidő leteltét követően is jogosult a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt a Szerződőhöz intézett, a 6.3 pontban feltüntetett elérhetőségre küldendő írásbeli nyilatkozattal (a továbbiakban: felmondó nyilatkozat) felmondani. Rendes felmondás esetén (1) a Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony a felmondó nyilatkozat Szerződőhöz történő beérkezése hónapjának utolsó napján 0:00 órakor megszűnik, (2) **a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan a Biztosított (Fizető) az áthárított díj megfizetésére köteles.**
- 6.3. A rendes- vagy az azonnali hatályú felmondást az alábbi címre kell küldeni:
postacím: NKM Áramszolgáltató Zrt. 6701 Szeged, Pf. 199.
e-mail: ugyfelszolgalat@nkmaram.hu
Az e-mail-ben történő rendes- vagy az azonnali hatályú felmondás csak abban az esetben lehetséges, ha **(i)** a felmondást a Szerződő regisztrált ügyfele teszi és **(ii)** a felmondást a regisztrációjához kapcsolódó e-mail címről küldi a Szerződő részére.

7. § A Főbiztosítottra vonatkozó előírások

7.1. Főbiztosított az a személy lehet:

- 7.1.1. akinek életkora 18 és 65 év közötti,
- 7.1.2. aki a Szerződővel érvényes villamosenergia-vásárlási szerződéssel rendelkező természetes személy (Felhasználó vagy Fizető) vagy vele egy háztartásban

élő közeli hozzátartozó (közeli hozzátartozónak minősül a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér),

7.1.3. aki nem öregségi nyugdíjas, nem részesül rehabilitációs- vagy rokkantsági ellátásban

8. § A biztosítási jogviszony alanyainak jogai és kötelezettségei

- 8.1. A Szerződő köteles a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére.
- 8.2. Az áthárított díj megfizetésére vonatkozó kötelezettség a 9.§ rendelkezései szerint a Főbiztosítottat (Fizetőt) terheli.
- 8.3. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, az egészségi állapot tekintetében saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.
- 8.4. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (továbbiakban: biztosítási törvény-Bit.) foglaltak szerint titokként kezelni.
- 8.5. A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a Csoportos Biztosítási Szerződés módosításának és/vagy (2) a rájuk vonatkozó biztosítási jogviszonyra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga. A Biztosított által tett bármilyen ilyen irányú vagy tárgyú ajánlat semmis.
- 8.6. **Amennyiben a csoportos biztosítási szerződés felmondás útján megszüntetésre kerül, abban az esetben a Biztosított jogviszonya is megszűnik (ld. még a 12.1.8 pontot). A Biztosított ebben az esetben semmilyen jogcímén nem jogosult kártérítésre, vagy más egyéb kompenzációra vagy visszatérítésre.**

9. § A Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fizetendő biztosítási díj, a díj módosításának lehetősége

- 9.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés díjának megfizetésére a Szerződő köteles.
- 9.2. A Főbiztosított csatlakozását (ld. még a 5.4.1 pontot) követően a Biztosítottra vonatkozó áthárított biztosítási díj megfizetésére a Főbiztosított (ha a Főbiztosított nem azonos a Fizetővel, akkor a Fizető) köteles az alábbi rendelkezések szerint:
 - 9.2.1. A biztosítási díj összege havonta esedékes.
 - 9.2.2. A Főbiztosított (Fizető) minden biztosítási időszakra vonatkozóan (függetlenül annak a tényleges időtartamától) egységesen havi díjat fizet.
 - 9.2.3. Az áthárított biztosítási díj összegét a Szerződő a Főbiztosított (Fizető) részére a havi villamosenergia-díjról kiállított számlán írja elő, amelyet a Főbiztosított (Fizető) a számla alapján megfizet a Szerződő részére.
- 9.3. **A biztosítási díjtételek emelése esetén a Szerződő a díjemelés hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban értesíti a Főbiztosítottakat (Fizetőket) az áthárított díj módosulásáról. Ha a Főbiztosított vagy a Fizető a díjemelést nem fogadja el, a Főbiztosított jogosult a vonatkozó biztosítási jogviszonyt a 6.2 pontban foglaltak szerint felmondani. Amennyiben a Főbiztosított felmondó nyilatkozata a változás hatályba lépését megelőző 5. napig nem érkezik be a Szerződőhöz, úgy a módosítás elfogadottnak tekintendő.**

10. § A biztosítási összeg módosítása

- 10.1. A biztosítási csomag módosítását a Főbiztosított írásban, illetve rögzített telefonhíváson vagy internetes igénybejelentőn keresztül a Szerződőnél tudja kezdeményezni.
- 10.2. A Főbiztosított a Szerződőnél tett Csomagváltási Nyilatkozattal évente egy alkalommal módosíthatja meglévő biztosítási csomagját alacsonyabb díjtételű biztosítási csomagra. Telefonon rögzített vagy e-mailben tett Csomagváltási Nyilatkozat esetén, ha a kérelem a hónap 15. napjáig a Szerződőhöz megérkezik, akkor a biztosítási szerződés a következő biztosítási időszak 1. napjától kezdődően válik hatályossá a kért csomagra vonatkozóan, ha azonban a kérelem az adott hónap 15. napját követően érkezik meg a Szerződőhöz, akkor a módosítás a kérelem beérkezésének időpontját követő biztosítási időszak utáni biztosítási időszak 1. napjától kezdődően hatályos. Írásban tett csomagváltási nyilatkozat esetén a csomagváltás a következő hónap 1-től érvényes.
- 10.3. A Főbiztosított a Szerződőnél tett Csomagváltási Nyilatkozattal évente egy alkalommal módosíthatja meglévő biztosítási csomagját magasabb díjtételű biztosítási csomagra. Telefonon rögzített vagy e-mailben tett Csomagváltási Nyilatkozat esetén, ha a kérelem a hónap 15. napjáig a Szerződőhöz megérkezik, akkor a biztosítási szerződés a következő biztosítási időszak 1. napjától kezdődően válik hatályossá a kért csomagra vonatkozóan, ha azonban a kérelem az adott hónap 15. napját követően érkezik meg a Szerződőhöz, akkor a módosítás a kérelem beérkezésének időpontját követő biztosítási időszak utáni biztosítási időszak 1. napjától kezdődően hatályos. Írásban tett csomagváltási nyilatkozat esetén a csomagváltás a következő hónap 1-től érvényes.
- 10.4. Ilyen esetben (1) a meglévő betegségekre vonatkozó kizárást (ld. a 18.4. pontban) az eredeti kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegségek tekintetében kell alkalmazni, (2) a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó várakozási időt (ld. a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különböző Biztosítási Feltételek 4.1. pontját) szintén az eredeti kockázatviselés kezdő időpontjától számítva kell alkalmazni, azaz a csomagváltás nem vonja maga után a várakozási idő újraindulását.

11. § A kockázatviselés kezdete

- 11.1. A Biztosító kockázatviselése a hónap 15. napját követően távértékesítés keretében létrejött biztosítási jogviszony esetén a jogviszony létrejöttének a Szerződő rendszerében történő rögzítése napját követő második hónap 1-én 0:00 órakor kezdődik.
- 11.2. Minden más esetben a Biztosító kockázatviselése a biztosítási jogviszony létrejöttének a Szerződő rendszerében történő rögzítés napját követő hónap 1-jén, 0:00 órakor kezdődik.

A kockázatviselés kezdetének napját a Szerződő a Főbiztosított részére küldött írásbeli vizsgálólapon rögzíti.

12. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

- 12.1. A Biztosító kockázatviselése az összes kockázatra és Biztosítottra vonatkozóan megszűnik abban az időpontban, amelyik az alább felsoroltak közül leghamarabb bekövetkezik:
- 12.1.1. ha megszűnik az a villamosenergia-vásárlási szerződés, amelyre vonatkozóan a Főbiztosított csatlakozott, a villamosenergia-vásárlási szerződés megszűnése napján 24 órákor.** Nem minősül a kockázatviselés megszűnésének, ha a Szerződő és a 7.1.2. pontban meghatározott villamosenergia-vásárlási szerződéssel rendelkező természetes személy villamosenergia szerződéses viszonyában olyan változás áll be, amely nem befolyásolja a szolgáltatás folytonosságának fenntartását, így különösen, de nem kizárólag ha a felek közös megegyezéssel módosítják a villamosenergia szerződés tartalmát, ideértve azt az esetet is, ha a Felek Egyetemes szolgáltatási szerződés helyett a jövőre nézve szabadpiaci szerződéses feltételekben állapodnak meg, ha a Felek személye nem változik.
- 12.1.2. a Főbiztosított 65. életévének betöltésével annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órákor, amikor a Biztosított a 65. életévét betöltötte,
- 12.1.3. a Főbiztosított halálának napján,
- 12.1.4. abban az esetben, ha a Főbiztosított (Fizető) a rá vonatkozó áthárított biztosítási díjat az esedékességtől számított 60 nap elteltével sem fizette meg a Szerződőnek, az utójára megfizetett biztosítási díj által fedezett időszak utolsó napján 24 órára visszamenő hatállyal,**
- 12.1.5. abban az esetben, ha a Szerződő a Biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat az esedékességtől számított 60 (hatvan) nap elteltével nem fizette meg a Biztosítónak, az utójára megfizetett biztosítási díj által fedezett időszak utolsó napján 24 órára visszamenő hatállyal**
- 12.1.6. a Főbiztosított által tett azonnali hatályú felmondás (ld. 6.1 pont) vagy rendes felmondás (ld. 6.2 pont) esetén a biztosítási jogviszony megszűnésének ott meghatározott időpontjában,
- 12.1.7. azon a napon 24 órákor, amikor a Főbiztosított öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonul,
- 12.1.8. a Főbiztosított rokkantságát megállapító jogerős határozat meghozatalának napján 24 órákor,
- 12.1.9. a Csoportos Biztosítási Szerződés rendkívüli felmondása esetén a rendkívüli felmondás hatályba lépését követő 90. napon 24 órákor.
- 12.2. A Biztosító kockázatviselése adott Biztosított tekintetében megszűnik ha a Biztosító rá vonatkozóan szolgáltatást teljesít a Balesetből eredő, legalább 50%-os egészségkárosodás fedezet alapján, a Biztosító szolgáltatásának napján 24 órákor.
- 12.3. A Biztosító kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában megszűnik a Balesetből eredő égési sérülések fedezet tekintetében ha a Biztosító rá vonatkozóan szolgáltatást teljesít a Balesetből eredő égési sérülés fedezete alapján, a Biztosító szolgáltatásának napján 24 órákor.
- 12.4. A Csoportos Biztosítási Szerződés felmondása esetén a Szerződő írásban tájékoztatja az egyes Főbiztosítottakat a csoportos biztosítási szerződés rendkívüli felmondás miatti megszűnéséről és a kockázatviselés megszűnésének időpontjáról.

13. § Területi hatály

- 13.1. A biztosítás **valamennyi országban** bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed, **kivéve a munkanélkülivé válás kockázatát, amelyre vonatkozóan a területi hatály Magyarország területére korlátozódik.**

14. § Értékkövetés

- 14.1. A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

15. § A Biztosító szolgáltatása

- 15.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek szerinti szolgáltatást nyújtja.

16. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- 16.1. A biztosítási eseményt a Biztosított vagy a Biztosított által meghatalmazott személy (a továbbiakban együttesen: a szolgáltatást igénylő személy) köteles annak bekövetkezését követően haladéktalanul, de legfeljebb 15 napon belül – akadályoztatás esetén 30 napon belül – bejelenteni a Biztosítónak, az alábbi címen, telefonszámon vagy interneten:

CARDIF Biztosító Zrt.
1033 Budapest, Kórház u. 6-12.
Tel: +36-1-501-2383
www.cardif.hu

- 16.2. A bejelentést követően a Biztosító kárrendezési osztálya megküldi a „Szolgáltatási igénybejelentő” elnevezésű nyomtatványt, amelyet kitöltve, a nyomtatványon és biztosítási feltételekben felsorolt dokumentumokkal, igazolásokkal együtt a fenti címre kell visszaküldeni.
- 16.3. A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.**
- 16.4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:

- 16.4.1. a Szerződőtől a Főbiztosított csatlakozását és a biztosítási csomag választását igazoló eszközöket,
- 16.4.2. a szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt, amely tartalmazza a szolgáltatást igénylő nyilatkozatát a személyes adatainak kezeléséről,
- 16.4.3. a Biztosított korának, lakhelyének illetve a Főbiztosítottal fennálló, a 13.2. pontban meghatározott kapcsolat igazolására szolgáló igazolvány(ok) vagy hivatalos irat(ok) másolatát,
- 16.4.4. Amennyiben a Főbiztosított a Szerződéssel érvényes villamosenergia-vásárlási szerződéssel rendelkező természetes személynek egy háztartásban élő közeli hozzátartozója, ezen feltételek igazolására szolgáló igazolvány(ok) vagy hivatalos irat(ok) másolatát,
- 16.4.5. véralkohol vizsgálati eredményt (ha készült),
- 16.4.6. hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó jogerős határozatot vagy bírósági ítéletet (ide nem értve a szabálysértési illetve a büntetőeljárás során hozott határozatot vagy ítéletet), továbbá a (munka)baleseti jegyzőkönyv másolatát (ha készült),
- 16.4.7. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását,
- 16.4.8. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben felsorolt egyéb dokumentumokat.
- 16.5. A Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az alábbi dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződésekhez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumokat, diagnosztikus leletek, háziorvosi- gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.
- 16.6. **Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.**
- 16.7. **Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**

17. § A Biztosító mentesülése

- 17.1. **A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhalgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- 17.2. **Amennyiben a Biztosítónak a biztosítási esemény után tudomására jut, hogy azt bármely olyan körülmény idézte elő, amely a kockázatviselés kezdetekor, szándékosan pontatlan vagy hiányos információk miatt nem volt előre meghatározható, holott a kockázatvállalás szempontjából lényeges lett volna, a Biztosító jogosult a szolgáltatását megtagadni.**
- 17.3. **A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.**
- 17.4. **ABiztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha:**
 - 17.4.1. a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
 - 17.4.2. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be, vagy
 - 17.4.3. a biztosítási esemény a Biztosított bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán következett be, vagy
 - 17.4.4. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott, vagy
 - 17.4.5. a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be és a Biztosított mindkét esetben más közlekedérendészeti szabályt is megszegett, vagy
 - 17.4.6. a biztosítási esemény amiatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, vagy
 - 17.4.7. a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá
 - 17.4.8. diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.
- 17.5. **A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A Biztosító jogosult a szolgáltatást részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.**

18. § Kizárások

- 18.1. **A Biztosító nem viseli a kockázatot abban az esetben, ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetekor rokkantnyugdíjas vagy rehabilitációs járadékban részesül.**
- 18.2. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:**
 - 18.2.1. **harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül**

- vívott háború, határvioláció, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei, például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény),
- 18.2.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás), kivéve a bejelentett tüntetéseket,
- 18.2.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosi célú sugárkezelést),
- 18.2.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőri esetekben), vagy,
- 18.2.5. egyéb, hivatásosan üzemeltetett kockázatosnak minősülő tevékenységekkel, különösen a búvárkodás, barlangászat, hegymászás, egyéni hajózás, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat.
- 18.3. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete vagy betegsége
- 18.3.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében,
- 18.3.2. vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be, vagy
- 18.3.3. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye, vagy
- 18.3.4. hivatásos sportolóként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be.
- 18.4. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, krónikus állapottal vagy veleszületett rendellenességekkel (a továbbiakban együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt.
- 18.5. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csont- vagy szöveti sérülések, illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 18.6. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő igényekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén, vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei [polidiszkopátia] és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.).
- 18.7. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a kockázatviselés kezdetekor a Biztosított bármilyen jogcímen - kivéve az öregségi nyugdíjat - nyugdíjas.
- 18.8. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a szolgáltatást igénylő személy az igénybejelentés alkalmával és/vagy a Biztosító szolgáltatása során (i) a biztosítási eseménnyel vagy a szolgáltatás szempontjából lényeges körülménnyel kapcsolatban valótlan információt közöl vagy lényeges körülményt elhallgat, (ii) hamis, hamisított, vagy valótlan tartalmú okiratot használ, vagy (iii) a Biztosítót egyéb módon megtéveszti.

19. § Egyéb tudnivalók

Elévülés

- 19.1. A biztosítási események alapján érvényesíthető igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.

Panaszbejelentés

- 19.2. A Biztosító szolgáltatásának teljesítésével vagy működésével kapcsolatos **panaszokat személyesen vagy írásban az alábbi címen, telefonon pedig az alábbi telefonszámon lehet bejelenteni:**

CARDIF Biztosító Zrt.
1033 Budapest, Kórház u. 6-12.
Tel: +36-1-501-2345

- 19.3. A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi a panaszosnak.
- 19.4. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja.
- 19.5. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát (1) a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a panaszosnak átadja, (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén - a panasz közlését követő harminc napon belül megküldendő - indokolással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg megküldi a panaszosnak.

Felügyeleti szerv

- 19.6. A Biztosító felügyeleti szerve:
Magyar Nemzeti Bank
(1013 Budapest, Krisztina krt. 39.)

Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

- 19.7. A Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a panaszos a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet

19.8. A biztosítási jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződészégesséssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén

19.8.1. bírósághoz fordulhat, vagy

19.8.2. a **Pénzügyi Békéltető Testület** eljárását kezdeményezheti elektronikus formában az ügyfélkapun keresztül vagy írásban (postai úton vagy személyesen).

Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levélcíme: H-1525 Budapest Pf.: 172.

Telefon: +36-80/203-776

A Csoportos Biztosítási Szerződésre vonatkozó jog

19.9. A Csoportos Biztosítási Szerződésre a magyar jog alkalmazandó, a szerződésből származó jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint igények érvényesítése során a magyar anyagi és eljárásjog szabályai szerint kell eljárni.

A Biztosító főbb adatai

CARDIF Biztosító Zrt.

Székhely: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.

Cégjegyzékszám: 01-10-044717

Székhely állama: Magyarország

A biztosítási titok, a személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói

19.10. A biztosítási titokra, illetve a személyes adatok kezelésére vonatkozó mindenkor hatályos törvényi szabályozásnak megfelelő eljárást, illetve szabályozást a Biztosító hatályos "Adatvédelmi tájékoztatója" tartalmazza. A Biztosítónak bármikor jogában áll az "Adatvédelmi tájékoztató" egyoldalú és a Szerződő értesítése nélküli módosítása, amennyiben a tartalmát meghatározó hatályos jogi szabályozás megváltozik. A hatályos "Adatvédelmi tájékoztató" jelen feltételek, és így a csoportos biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok, a személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói

A biztosítási titok, üzleti titok

1. A Biztosító köteles a mindenkor hatályos biztosítási törvényben meghatározott biztosítási és üzleti titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani.

2. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a Biztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Személyes adat egy meghatározott természetes személlyel (érintettel) kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret –, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat biztosítási titoknak minősül.

A Biztosító kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő egészségügyi adatokat a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) szerint különleges adatnak minősülő, az ügyfél egészségi állapotára, kóros szenvedélyére vonatkozó személyes adatot.

3. A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a csoportos biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges cél lehet.

4. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

5. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

a.) a Biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,

b.) a Bit. 138. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn az alábbi hatóságokkal, illetve szervezetekkel szemben,

- feladatkörében eljáró felügyelet, azaz a Magyar Nemzeti Bank (továbbiakban: MNB),
- nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatóság és ügyészség,
- büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő,
- végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
- a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonfelügyelő és bíróság,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá általa kirendelt szakértő,
- adóhatóság, amennyiben adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosítót külön törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből

eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,

- feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- a feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§-a (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
- a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- a viszontbiztosító, valamint együttbiztosítás esetén a kockázattalálkozó biztosítók,
- a Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szerv,
- állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosító,
- a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, a kárrendezési megbízott és a kárképviselő, továbbá - a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján - a károkozó, a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,
- fióktelep esetében - ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal - a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő,
- a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
- a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság.

A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentiekben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

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 pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.

A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.

6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- Az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

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

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.

7. A Biztosító, valamint tulajdonosa, a Biztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja a működésével kapcsolatban a tudomására jutott biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személynek nem adhatja át.

Az üzleti titoktartási kötelezettség nem áll fenn a feladatkörében eljáró

- a felügyeletet ellátó szervvel (MNB),
- nemzetbiztonsági szolgálattal,
- Állami Számvevőszékkel,
- Gazdasági Versenyhivatallal,
- a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző, a Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel,

- vagyonellenőrrrel,
- Információs Központtal szemben.

Az üzleti titoktartási kötelezettség nem áll fenn továbbá

- a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, valamint az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében a bírósággal szemben.

Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

8. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A személyes adatok kezelése

9. Az érintett kérelmezheti az adatkezelőnél
 - a) tájékoztatását személyes adatai kezeléséről,
 - b) személyes adatainak helyesbítését, valamint
 - c) személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.
10. Az ügyfél kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és az ügyfél által kezdeményezett változásokat adatbázisán átvezetni.
11. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
12. A Biztosító a személyes – és azon belül a különleges – adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
13. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
14. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. Az érintett a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll. A Biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta. Ha az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével az érintett személyiségi jogát megsérti, az érintett az adatkezelőtől sérelemdíjat követelhet.

Különös Biztosítási Feltételek Keresőképtelenségi kockázat

(Kizárólag a Főbiztosított tekintetében alkalmazandó kockázatvállalás)

A CARDIF Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött Csoportos Biztosítási Szerződés értelmében, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja a Főbiztosított tekintetében.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a Biztosító csoportos számlabiztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Főbiztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből vagy betegségéből eredő, 60 egymást követő napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 61. napja.
- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A Biztosító Mini biztosítási csomag esetében havi fix 5 000 forintot, Alap és Családi biztosítási csomag esetében havi fix 10 000 forintot (ha a Biztosított igazolja, hogy a keresőképtelenség kezdetekor nem a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.2 pontjában foglaltak szerinti munkaviszony keretében folytatott kereső tevékenységet, akkor ezen összeg kétszeresét) térít az NKM Áramszolgáltató Zrt. mint kedvezményezett részére készpénzre nem váltható számlajóváírás formájában, ha a Biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát a 3.2-3.3 pontok szerint igazolta.
- 2.2. Egy adott biztosítási esemény miatt a Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amellyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik:

- 2.2.1. a Biztosított keresőképtelenségének megszűnéséig, vagy
- 2.2.2. a kockázatviselés megszűnéséig,
- 2.2.3. de legfeljebb 6 egymást követő hónapig.
- 2.3. A biztosítás tartama alatt a Biztosító egy Biztosítottra vonatkozóan keresőképtelenség címén legfeljebb 12 hónapig vállalja a szolgáltatás teljesítését.
- 2.4. Ha a Biztosított a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok vagy annak következménye miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti és az újbóli keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat. A 60 napon belül más okból keletkező, vagy a biztosítási szolgáltatás megszűnése után több mint 60 nappal bekövetkező keresőképtelenséget a Biztosító az 1.§-ban leírtak szerint új biztosítási eseménynek tekinti.

3. A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az Általános Szerződési Feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 3.1.2. a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését,
 - 3.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 3.1.4. amennyiben a Biztosított a keresőképtelenség kezdetekor nem a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.2. pontjában foglaltak szerinti munkaviszony keretében folytat kereső tevékenységet, akkor az annak igazolására szolgáló dokumentum másolatát (pl. munkáltatói igazolás, amely tartalmazza, hogy heti hány órá, határozott, vagy határozatlan idejű munkaviszonyról van szó; egyéni vállalkozó esetében az egyéni vállalkozóként történő nyilvántartásba vételről szóló határozat másolatát; megbízás esetében a megbízási szerződés másolatát; gazdasági társaságnál fennálló munkavégzés esetén megbízási szerződés vagy munkáltatói igazolás másolata, attól függően, hogy a biztosított milyen módon folytatja ezt a tevékenységet).
- 3.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség kezdetétől számított 61. napon vagy azt követően állítottak ki.
- 3.3. További szolgáltatást (ha az jár) a Biztosító abban az esetben nyújt, ha a Biztosított igazolja, hogy az általa legutóbb benyújtott igazolás keltét követő jogosultsági időpontban (ld. 5.3 pont) is folyamatosan keresőképtelen állományban van vagy volt. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a legutóbb benyújtott igazolás keltét követő jogosultsági időpontban (ld. 5.3 pont) vagy azt követően állítottak ki.
- 3.4. Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a keresőképtelenségének további fennállását a 3.3 pont szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.
- 3.5. A Biztosító a biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak vagy a Főbiztosított (1) keresőképtelenségi kockázat Különös Biztosítási Feltételei 1.§-ban meghatározott keresőképtelensége, vagy (2) a munkanélküliségi kockázat Különös Biztosítási Feltételei 1.§-ában meghatározott munkanélkülisége jogcímén teljesíti. Ha a Biztosítónak keresőképtelenség és munkanélküliség biztosítási esemény jogcímén is szolgáltatási kötelezettsége keletkezik, akkor a Biztosító mindaddig az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít, amíg ezen a jogcímén az adott Biztosított szolgáltatásra jogosult.
- 3.6. Ha a Biztosítottnak a keresőképtelenség jogcímén nyújtott szolgáltatás teljesítésének tartama alatt balesetből eredő, legalább 50%-os egészségkárosodásra (a továbbiakban: baleseti rokkantság) vonatkozó igénye keletkezik és ezen újabb biztosítási esemény vonatkozásában a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége egyébként fennáll, akkor a Biztosító a folyamatban lévő keresőképtelenségi szolgáltatás fizetését befejezi és a baleseti rokkantság címén járó szolgáltatást nyújtja.

4. § Kizárások

- 4.1. A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
 - 4.1.1. aszténiával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.2. nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.3. detoxikálással, alvászterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.4. geriatríai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.5. rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.6. gyógytornával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.7. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.8. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal, (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
 - 4.1.9. ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított – a biztosítás hatályba lépését követően – két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.
 - 4.1.10. anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:

- 4.1.10.1.terhesség és szülés miatti keresőképtelenség
- 4.1.10.2.gyermekápolási táppénz,
- 4.1.10.3.GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége,
- 4.1.11. olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,
- 4.1.12. olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,
- 4.1.13. a keresőképtelenség időtartama alatt történt csatlakozás esetén arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.
- 4.2. Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét, vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménynek és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. Jelen feltétel szempontjából kórháznak minősül a magyar és tisztiorvosi és szakmai felügyeletek által (külföldön bekövetkezett kórházi kezelés esetén az adott ország szakmai felügyeletei által) elismert és engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 5.2. Jelen feltétel szempontjából keresőképtelen az, aki (i) balesete illetve betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, (ii) aki kórházi ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül, illetve (iii) az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy (iv) akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkülönböztetnek, továbbá (v) aki járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és (vi) a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.
- 5.3. Jogosultsági időpont: az első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával (azaz a keresőképtelenség 61. napjával). Az ezt követő jogosultsági időpontok megegyeznek a soron következő naptári hónapok azon napjaival, amelyek sorszáma megegyezik annak a napnak a sorszámaival, amelyen a biztosítási esemény bekövetkezett. Ha egy adott hónapban ilyen sorszámu nap nincs, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja.

Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

(Kizárólag a Főbiztosított tekintetében alkalmazandó kockázatvállalás)

A CARDIF Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött Csoportos Biztosítási Szerződés értelmében, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja a Főbiztosított tekintetében.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító csoportos számlabiztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Főbiztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett 60 egymást követő napot meghaladóan állaskeresőként (munkanélkülként) történő nyilvántartása.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Főbiztosított állaskeresőként (munkanélkülként) nyilvántartott állapotának a 61. napja.
- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Főbiztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt – a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül – bekövetkezett vétn és önhibáján kívüli állaskeresővé (munkanélkülivé) válása minősül biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A Biztosító Mini biztosítási csomag esetében havi fix 5 000 forintot, Alap és Családi biztosítási csomag esetében havi fix 10 000 forintot térít az NKM Áramszolgáltató Zrt. mint kedvezményezett részére készpénzre nem váltható számlajóváírás formájában, ha a Főbiztosított a szolgáltatásra való jogosultságát a 3.2-3.3 pontok szerint igazolta.
- 2.2. Egy adott biztosítási esemény miatt a Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik:
 - 2.2.1. a Főbiztosított állaskeresőként (munkanélkülként) történő nyilvántartásának megszűnése, vagy
 - 2.2.2. a kockázatviselés megszűnéséig,
 - 2.2.3. de legfeljebb 6 egymást követő hónapig.
- 2.3. Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a 2.2.1 pontban feltüntetett ok miatt megszűnt, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha a Főbiztosított a megszűnést követően ismételtelen az 5.2 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételtelen állaskeresővé (munkanélkülivé) vált.
- 2.4. Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg (2.2.3 pont), akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (i) a Főbiztosított a megszűnést követően ismételtelen a 6.2 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételtelen állaskeresővé (munkanélkülivé) vált és (ii) a kockázatviselés

említett okból történő megszűnése és az újbóli álláskeresővé (munkanélkülivé) válás között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.

- 2.5. A biztosítás tartama alatt a Biztosító egy Főbiztosítottra vonatkozóan munkanélküliség címén legfeljebb 12 hónapig vállalja a szolgáltatás teljesítését.

3. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:
- 3.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 3.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló – igazolványának másolatát,
 - 3.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
 - 3.1.4. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés fénymásolatát,
 - 3.1.5. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát,
 - 3.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Főbiztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső, valamint
 - 3.1.7. az álláskeresői járadék iránti kérelem másolatát, az álláskeresői járadékra való jogosultságot megállapító (esetleg az azt elutasító) határozat másolatát, a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát.
- 3.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Főbiztosított igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan nyilvántartott álláskereső. A teljesítéshez a 3.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet az álláskeresőkénti nyilvántartás kezdetétől számított 61. napon vagy azt követően állítottak ki.
- 3.3. További szolgáltatást (ha az jár) a Biztosító abban az esetben nyújt, ha a Főbiztosított igazolja, hogy az általa legutóbb benyújtott igazolás keltét követő jogosultsági időpontban (ld. 5.3 pont) is folyamatosan nyilvántartott álláskereső. A teljesítéshez a 3.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a legutóbb benyújtott igazolás keltét követő jogosultsági időpontban (ld. 5.3 pont) vagy azt követően állítottak ki.
- 3.4. Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Főbiztosított az álláskeresőkénti nyilvántartását a 3.3 pont szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Főbiztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.
- 3.5. A Biztosító a biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak vagy a Főbiztosított (1) keresőképtelenségi kockázat Különös Biztosítási Feltételei 1.§-ban meghatározott keresőképtelensége, vagy (2) a munkanélküliségi kockázat Különös Biztosítási Feltételei 1.§-ában meghatározott munkanélkülisége jogcímén teljesíti. Ha a Biztosítónak munkanélküliség és keresőképtelenség biztosítási esemény jogcímén is szolgáltatási kötelezettsége keletkezik, akkor a Biztosító mindaddig az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít, amíg ezen a jogcímén az adott Főbiztosított szolgáltatásra jogosult.
- 3.6. Ha a Biztosítottnak a munkanélküliség jogcímén nyújtott szolgáltatás teljesítésének tartama alatt egyszeri szolgáltatásra (balesetből eredő, legalább 50%-os egészségkárosodásra – a továbbiakban: baleseti rokkantság) vonatkozó igénye keletkezik és ezen újabb biztosítási esemény vonatkozásában a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége egyébként fennáll, akkor a Biztosító a folyamatban lévő munkanélküliségi szolgáltatás fizetését befejezi és a baleseti rokkantság címén járó szolgáltatást nyújtja.

4. § Várakozási idő

- 4.1. Álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetére a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha (i) a Főbiztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy (ii) a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító a bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

5. § Kizárások

- 5.1. A Biztosító kockázatviselése – az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl – nem terjed ki:
- 5.1.1. a határozott tartamú munkaviszonyra, valamint a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
 - 5.1.2. olyan Főbiztosítottra, aki az álláskeresővé válását közvetlenül megelőzően (i) nem állt legalább 6 hónapig a 6.2 pont szerinti munkaviszonyban, vagy (ii) a 6.2 pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során a munkavégzése – a táppénz kivételével – szünetelt,
 - 5.1.3. a munkaviszony megszűnésére, ha (i) a munkáltatói jogok gyakorlója Főbiztosított vagy a Főbiztosított hozzátartozója, vagy (ii) a Főbiztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy (iii) a Főbiztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik,
 - 5.1.4. a munkaviszonynak a Főbiztosított által kezdeményezett rendes felmondása miatti megszűnésére,
 - 5.1.5. a munkaviszonynak a Főbiztosított által kezdeményezett közös megegyezéssel történő megszüntetésére,
 - 5.1.6. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
 - 5.1.7. a munkaviszonynak a munkáltató által rendkívüli felmondással történő megszüntetésére, vagy ha a munkáltató a Főbiztosított magatartása miatt rendes felmondással élt,

- 5.1.8. a munkáltató általi rendes felmondásra öregségi- vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
- 5.1.9. a Főbiztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,
- 5.1.10. arra a munkanélküliségi időszakra, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. Jelen feltétel szempontjából álláskereső (munkanélküli) az, akit a munkaügyi központ/kirendeltség a vonatkozó jogszabályok alapján álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántart.
- 6.2. Munkaviszony: legalább heti 30 órás, határozatlan időtartamú, (i) a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) bírósági és igazságügyi-illetőleg ügyészégi szolgálati viszony, (v) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.
- 6.3. Jogosultsági időpont: első alkalommal megegyezik a biztosítási esemény bekövetkezésének napjával (azaz az álláskeresői minőségben történő nyilvántartás 61. napjával). Az ezt követő jogosultsági időpontok megegyeznek a soron következő naptári hónapok azon napjaival, amelyek sorszáma megegyezik annak a napnak a sorszámaival, amelyen a biztosítási esemény bekövetkezett. Ha egy adott hónapban ilyen sorszámu nap nincs, akkor az adott hónapban a jogosultsági időpont a hónap utolsó napja.

Különös Biztosítási Feltételek Balesetből eredő, legalább 50%-os egészségkárosodás kockázat

(Kizárólag az Alap és Családi biztosítási csomag részét képező kockázatvállalás)

A CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött Csoportos Biztosítási Szerződés értelmében, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja az Alap és Családi csomag szerinti Biztosítottak tekintetében.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító csoportos számlabiztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Főbiztosítottnak vagy a biztosítási esemény bekövetkezésekor 18 évnél idősebb, de 65 évnél fiatalabb Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetéből eredő testi fogyatkozása, melynek következtében a Főbiztosított/Biztosított legalább 50%-os, nem rehabilitálható egészségkárosodását állapítja meg szakvéleményében a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az a nap, amelyen a legalább 50%-os, nem rehabilitálható egészségkárosodást megállapító szakvélemény kelt.
- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetnek a baleset bekövetkezéséhez képest előzmény nélküli következménye(i) miatt megállapított egészségkárosodás minősül biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító 1 000 000 forint erejéig nyújt egyszeri szolgáltatást. Amennyiben a Fizető, vagy a Főbiztosított villamosenergia-folyószámlája tartozást mutat, a Biztosító a Szerződő által kimutatott tartozás összegét az egyszeri szolgáltatási összeg terhére közvetlenül a Szerződőnek utalja át, a fennmaradó összeget pedig a Főbiztosított által megadott bankszámlaszámra fizeti ki.

Ha a Biztosító teljesítésének időpontjában a Főbiztosított már nem él, akkor a Főbiztosított részére fizetendő összeget illetően a kedvezményezett a Főbiztosított örököse.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. a rokkantságot megállapító jogerős határozat másolatát,
 - 3.1.2. a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal orvosi szakvizsgálatának eredményét igazoló, az egészségkárosodás mértékét megállapító szakvéleményt,
 - 3.1.3. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok, és egyéb orvosi dokumentációinak egyszerű másolatait,
 - 3.1.4. Rendőrségi-, baleseti- vagy üzemi baleseti jegyzőkönyv másolatát,
 - 3.1.5. Amennyiben a sérült nem a Főbiztosított, a sérült Biztosított személy lakcímkártyájának másolatát,
 - 3.1.6. Amennyiben a másolat érvényességével kapcsolatban aggályok merülnek fel, Biztosító kérheti az eredeti vagy közjegyző által hitelesített másolat bemutatását vagy becsatolását is.
- 3.2. Ha a Biztosított egészségkárosodását a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleménye nem csupán az elszenvedett baleset következményének alapul vételével, hanem egyéb ok(ok)ra is tekintettel állapította meg (pl. korábbi állapot, vagy össz-szervezeti okok figyelembe vétele), akkor a Biztosító orvosa jogosult arra, hogy az egészségkárosodásnak az elszenvedett balesetből eredő mértékét a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által a szakvéleményben megállapí-

tott mértéktől eltérő mértékben állapítsa meg. Ilyen esetben a Biztosító orvosa a balesetből eredő egészségkárosodás mértékét az alábbiak alapul vételével határozza meg:

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka
Egy kar vállízületől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökízület alatt történt teljes elvesztése vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más kézujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
Egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
Egyik lábszár részleges csonkolása	50%
Egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
A szaglólórzék teljes elvesztése	10%
Az ízlelő képesség teljes elvesztése	5%

3.3. Ha a balesetből eredő egészségkárosodás mértéke a 3.2 pontban szereplő táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a Biztosító orvosa aszerint állapítja meg, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség a baleset következtében orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

4. § Kizárások

4.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az egészségkárosodás megállapítására vonatkozó kérelem orvosszakértői intézethez történő benyújtása után történő csatlakozás esetére.

5. § Fogalom meghatározások

5.1. Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül az a biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a biztosított egészségkárosodását idézi elő.

Balesetből eredő égési sérülés (Kizárólag a Családi csomag részét képező kockázatvállalás)

A CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött Csoportos Biztosítási Szerződés értelmében, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja a Családi csomag alapján biztosított Biztosítottak tekintetében.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító csoportos számlabiztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, alábbi 4.§-ban meghatározott balesetéből közvetlenül és azonnal eredő, legalább II. fokú égési sérülése, amely érinti a felhámot (epidermis) és részben az irhát (dermis), és a Biztosított testfelületének legalább 20%-ra kiterjed.
- 1.2. Ha a Biztosított egy baleset következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a legmagasabb fokú sérülést, valamint az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva veszi figyelembe.

- 1.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- 1.4. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetnek a baleset bekövetkezéséhez képest előzmény nélküli következménye(i) minősül(nek) biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító 200 000 forint összegben nyújt egyösszegű szolgáltatást. Amennyiben a Fizető, vagy a Főbiztosított villamosenergia-folyószámlája tartozást mutat, a Biztosító a Szerződő által kimutatott tartozás összegét az egyszeri szolgáltatási összeg terhére közvetlenül a Szerződőnek utalja át, a fennmaradó összeget pedig a Főbiztosított által megadott bankszámlaszámra fizeti ki.
- 2.2. Ha a Biztosító teljesítésének időpontjában a Főbiztosított már nem él, akkor a Főbiztosított részére fizetendő összeget illetően a kedvezményezett a Főbiztosított örököse.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. a kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap másolatát,
 - 3.1.2. a biztosítási eseménnyel kapcsolatos összes orvosi dokumentum másolatát.
 - 3.1.3. Rendőrségi-, baleseti- vagy üzemi baleseti jegyzőkönyv másolatát
 - 3.1.4. Amennyiben a sérült nem a Főbiztosított, a sérült Biztosított személy lakcímkártyájának másolatát
 - 3.1.5. Amennyiben a másolat érvényességével kapcsolatban aggályok merülnek fel, Biztosító kérheti az eredeti vagy közjegyző által hitelesített másolat bemutatását vagy becsatolását is.

4. § Fogalom meghatározások

- 4.1. Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő külső behatás.

Balesetből eredő csonttörés

(Kizárólag a Családi biztosítási csomag részét képező kockázatvállalás)

A CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött Csoportos Biztosítási Szerződés értelmében, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító csoportos számlabiztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett olyan, alábbi 4.§-ban meghatározott balesete, melynek következtében a Biztosított csonttörést szenved. Jelen feltételek szempontjából a fogtörés nem minősül csonttörésnek.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetnek a baleset bekövetkezéséhez képest előzmény nélküli következménye(i) minősül(nek) biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító 10 000 forintot egyösszegben megfizet balesetenként, a csonttörések számától függetlenül. A Biztosító az egyszeri szolgáltatási összeget a Főbiztosított által megadott bankszámlaszámra fizeti ki.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolatát,
 - 3.1.2. a kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap másolatát,
 - 3.1.3. a biztosítási eseménnyel kapcsolatos összes orvosi dokumentum másolatát,
 - 3.1.4. Rendőrségi-, baleseti- vagy üzemi baleseti jegyzőkönyv másolatát,
 - 3.1.5. Amennyiben a sérült nem a Főbiztosított, a sérült Biztosított személy lakcímkártyájának másolatát.
 - 3.1.6. Amennyiben a másolat érvényességével kapcsolatban aggályok merülnek fel, Biztosító kérheti az eredeti vagy közjegyző által hitelesített másolat bemutatását vagy becsatolását is.

4. § Fogalom meghatározások

- 4.1. Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő külső behatás.
-

Baleseti kórházi napi térítés

(Kizárólag a Családi biztosítási csomag részét képező kockázatvállalás)

A CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött Csoportos Biztosítási Szerződés értelmében, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak a Biztosító csoportos számlabiztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosított által elszenvedett, a kockázatviselés tartama alatt – a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül – bekövetkezett, alábbi 4.§-ban meghatározott baleset közvetlen következményeként bekövetkező kórházi ápolás, amely legalább egy alkalommal megszakítás nélkül legalább 6 naptári napos kórházban tartózkodást igényel.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.
- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetnek a baleset bekövetkezéséhez képest előzmény nélküli következménye(i) minősül(nek) biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az első 5 kórházban töltött napot (önrészesedés) követően minden további kórházban eltöltött napra a Főbiztosítottnak az általa megadott bankszámlaszámra 5000 forint/nap napi térítést fizet. Amennyiben ugyanazon balesetet közvetlen következményeként ismételt kórházi kezelések szükségesek, a megszakítás nélkül legalább 6 naptári napos kórházi ápolást igénylő kórházi tartózkodást követően a Biztosító nem alkalmazza újból az önrészesedést. Ugyanazon balesetből eredően a Biztosító legfeljebb 30 napi szolgáltatásra vállal kötelezettséget (függetlenül a kórházi kezelések számától), a baleset időpontjától számított 2 éven belül. A Biztosító a biztosítás tartama alatt egy Biztosítottra vonatkozóan kórházi kezelés esetén legfeljebb 2 biztosítási eseményre, és a biztosítás tartama során összesen maximum 300 000 forint erejéig vállalja a szolgáltatás teljesítését.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. a biztosítási eseménnyel kapcsolatos összes orvosi dokumentum másolatát.
 - 3.1.2. A kórházi kezelés befejezését követően a szolgáltatást igénylő személy köteles a Biztosító részére benyújtani a kórházi kezelés tartamát és okát igazoló kórházi igazolást.
 - 3.1.3. Rendőrségi-, baleseti- vagy üzemi baleseti jegyzőkönyv másolatát,
 - 3.1.4. Amennyiben a sérült nem a főbiztosított, a sérült személy laccímkarttyájának másolatát,
 - 3.1.5. Amennyiben a másolat érvényességével kapcsolatban aggályok merülnek fel, Biztosító kérheti az eredeti vagy közjegyző által hitelesített másolat bemutatását vagy becsatolását is.
- 3.2. A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálását követően – ha az igényt a jelen feltételek alapján téríthetőnek találja - a kórházban töltött napok számából levonja az önrészesedést (5 nap) és az így kapott napok számának megfelelő számú

4. § Fogalom meghatározások

- 4.1. Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő külső behatás.
- 4.2. Jelen feltétel szempontjából kórháznak minősül a magyar és tisztiorvosi és szakmai felügyeletek által (külföldön bekövetkezett kórházi kezelés esetén az adott ország szakmai felügyeletei által) elismert és engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

Jegyzetek

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.