Otthon Vitál Csoportos Egészségbiztosítás Biztosítási termékismertető

Biztosító: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
A termék: MVM Next lakossági ügyfeleinek kínált szolgáltatásfinanszírozó, csoportos egészségbiztosítás

A termékre vonatkozó teljeskörű, csatlakozás előtti és szerződéses tájékoztatás a termék Biztosítási Feltételeiben és Általános Ügyfél-tájékoztatójában érhető el.

Milyen típusú biztosításról van szó? Csoportos egészségbiztosítás, mely a Biztosított betegsége vagy balesete esetén asszisztencia- és magánegészségügyi szolgáltatások szervezését és finanszírozását nyújtja.

Mire terjed ki a biztosítás?

	Standard egyéni / Standard családi csomag	**Fókusz MINI csomag**	**Fókusz csomag**	**Exkluzív csomag**
7/24 orvosi call center szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járóbeteg szakellátás megszervezése	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény szolgáltatás	-	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozás	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év
A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások*: - járóbeteg szakrendelés - diagnosztika - labordiagnosztika - ambuláns beavatkozások	-	Szolgáltatási limit: 200 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 50 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 50 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 500 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: - laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év - ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év
Rettegett betegség szolgáltatás	-	-	-	Biztosítási összeg: 1 200 000 Ft
Egynapos sebészeti beavatkozások	-	-	-	Szolgáltatási limit: 300 000 Ft/fő/év

***Fedezett járóbeteg-szakellátások: Fókusz MINI csomagban kizárólag belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, szemészet, allergológia és bőrgyógyászat szakágakban. Fókusz és Exkluzív csomagokban a kockázatkizárások kivételével bármely, járóbeteg-ellátásban elérhető orvosi szakágban.**

Mire nem terjed ki a biztosítás?

A Biztosító nem viseli a kockázatot többek között az alábbi esetekre:

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

A kizárások teljes listája a Biztosítási Feltételekben található.

Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A Biztosított életkora a kockázatviselés kezdetekor legalább 3 hónap, maximális életkora pedig:

- Standard egyéni és Standard családi csomag esetén: 75 év,
- Fókusz MINI csomag esetén: 65 év,
- Fókusz csomag esetén: 65 év,
- Exkluzív csomag esetén: 65 év.

Várakozási idő: az egyes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a Biztosító különböző hosszúságú várakozási időt köt ki:	
Szolgáltatás	**Várakozási idő**
7/24 orvosi call center szolgáltatás	**Nincs**
Második orvosi vélemény szolgáltatás	**Nincs**
Járóbeteg szakellátás megszervezése	**Nincs**
A biztosításban fedezett járóbeteg szakellátások (kivéve terhességgel kapcsolatos szolgáltatások)	**Nincs**
A biztosításban fedezett, terhességgel kapcsolatos járóbeteg szakellátások	**6 hónap**
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	**Nincs**
Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása	**Nincs**
Rettegett betegség szolgáltatás	**3 hónap**

Bármely szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a Biztosított a rá vonatkozó, különleges (egészségi állapottal kapcsolatos) adatainak kezeléséhez hozzájáruló **adatkezelési nyilatkozatát** postai úton (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325), személyesen (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) vagy e-mailben (mvm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) az első kárbejelentés előtt a **Biztosítóhoz eljuttassa**. Ennek hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.

Hol érvényes a biztosításom?

✓ A Biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki. A Biztosító szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Közlési és változás bejelentési kötelezettség teljesítése a csatlakozás és a biztosítás tartama során.
- Áthárított biztosítási díj havi rendszerességű megfizetése az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (mint Szerződő) részére.
- A biztosítási esemény bekövetkezése esetén bejelentési, felvilágosítási és információadási kötelezettség teljesítése.

Mikor és hogyan kell fizetnem?

- A havi rendszerességű biztosítási díj minden hónap első napján esedékes, és a Szerződő részére kell megfizetni a Szerződő által kiállított számlán, az energiadíjjal együtt. A biztosítás első díja a kockázatviselés első hónapjának 1. napján esedékes.

Standard egyéni csomag	Standard családi csomag	Fókusz MINI csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
990 Ft/fő/hó	2 490 Ft/hó*	3490 Ft/fő/hó	5 490 Ft/fő/hó	8 890 Ft/fő/hó

* Standard családi csomag: átalánydíjas csomag, a Biztosító az egy családból a biztosításba bevont Biztosítottak számától független, fix díjakat alkalmaz.

Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

Kockázatviselés kezdete:

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

Kockázatviselés vége:

Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik, és ugyanannak a hónapnak az utolsó napján 24 óráig tart.

A biztosítás határozatlan időtartamra jön létre.

A biztosítási fedezet és ezzel a biztosító kockázatviselése megszűnik:

- ha a Biztosítottnak a Szerződővel kötött, energiaszolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik;
- ha a Biztosított és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi energia- szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre;
- a Biztosított halálának napján;
- az áthárított biztosítási díj - a Szerződő által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére, az azokban foglalt póthatáridőben történő – Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének családtagja a Biztosított- Szerződő ügyfele általi megfizetésének hiányában,
- a csatlakozás Biztosított általi azonnali hatályú visszavonása vagy a biztosítás ügyfél általi rendes felmondása esetén;
- a Szerződő és a Biztosító közötti Csoportos Biztosítási Szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a megszűnés hatályának napján 24 órakor;
- a Biztosító általi rendkívüli felmondás esetén;
- a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korhatár elérésekor.

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

Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

- a Biztosított Szerződőhöz intézett írásbeli (e-mailben vagy postán) nyilatkozatával az aktuális biztosítási időszak végére;
- a Biztosított biztosítotti jogviszonyának -Távértékesítési tájékoztató szerinti -azonnali hatályú felmondásával.

Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. és a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. között létrejött MVM Otthon Vitál Csoportos Egészségbiztosítás feltételei

Jelen Biztosítási Feltételek – ellenkező szerződéses kikötések hiányában a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: „Biztosító") és az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (továbbiakban: „MVM" vagy „Szerződő") között létrejött, az MVM Otthon Vitál Csoportos Egészségbiztosítás szerződésre (a továbbiakban: „Csoportos Biztosítási Szerződés", meghatározását ld. az alábbi 1.6. pontban) érvényesek.

Csoportos biztosításoknál nem határozzák meg előre zártan és pontosan (név szerint) a biztosítotti kört, annak megállapítása, hogy ki minősül biztosítottnak, valamely csoporthoz (szervezethez) való tartozás, a biztosítottak és a szerződő fél között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat alapján történik.

A Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott biztosítottak szempontjából a biztosítási jogviszony az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – dokumentumokon alapul, amelyek együttesen képezik a biztosítási jogviszony dokumentációját:

a) Csatlakozási nyilatkozat,
b) Biztosítási jogviszony létrejöttét igazoló visszaigazolás a csatlakozásról,
c) Általános Ügyfél-tájékoztató, amely tartalmazza az Adatkezelési tájékoztatót (a továbbiakban: „Általános Ügyfél-tájékoztató"),
d) Biztosítási Feltételek, amelynek részét képezik a termékspecifikus ügyfél-tájékoztató elemei,
e) Biztosítási termékismertető,
f) Távértékesítési tájékoztató,
g) Biztosításközvetítői tájékoztató.

Nem válik a Csoportos Biztosítási Szerződés, illetve a biztosítási jogviszony részévé a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű biztosítási jogviszony alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

A Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: „Ptk.") rendelkezéseitől és a szokásos szerződési gyakorlattól eltérő rendelkezések dőlt betűvel szedettek.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: „Bit.") 152. §, valamint 4. számú melléklete szerinti ügyfél tájékoztatásnak megfelelő – a külön dokumentumként a biztosítási szerződés részét képező Általános Ügyfél-tájékoztató által nem tartalmazott – rendelkezések félkövér betűvel szedettek. A **félkövér** betűvel szedett rendelkezések, valamint az Általános Ügyfél-tájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet a jelen Biztosítási Feltételek 1.1., 1.4., 1.12., 1.15., 2.3.3.2, 2.5., 3.2., 3.3., 3.9., 3.12., 3.13.2., 3.17., 3.18., 5., 6., 7., 8.,9., 11.1-13., 12.4-12.5., 13., 14., 15., 16., 17., 18. és 19. pontjaira.

A Biztosító jelen biztosítási terméket tanácsadás nélkül értékesíti.
A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő Csoportos Biztosítási Szerződés nem fogyasztói szerződés.

1. Fogalommeghatározások

1.1. Baleset: az emberi szervezetet ért, a Biztosított akaratától függetlenül, egyszeri és hirtelen bekövetkező külső behatás (mechanikai, elektromos vagy vegyi), amely sérülést vagy mérgezést vagy más testi károsodást eredményez, amely azonnali klinikai, anatómiai és funkcionális károsodás jeleit mutatja, valamint akut (3 napon belüli) szakorvosi ellátást tesz szükségessé. A kialakult sérülés (károsodás) a balesettel közvetlen oksági összefüggésben van bizonyíthatóan, és egy éven belül halált, átmeneti vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre.
1.2. Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
1.3. Betegség: az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a Biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek, és objektív tüneteket mutat.
1.4. ***Biztosítási év: a jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában - az abban foglalt limitek tekintetében meghatározott - a kockázatviselés kezdetétől számított 1 éves időtartam, mely a következő év azonos napjáig tart. Amennyiben a következő évben azonos nap nincs, úgy a következő év azonos hónapjának utolsó napja.***
1.5. Család: az alábbi személyek összessége:
- a Szerződő ügyfele, valamint
- a Szerződő ugyanezen ügyfelével egy háztartásban élő, a Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozója (házastársa, egyeneságbeli rokona, örökbefogadott, mostoha és nevelt gyermeke, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője, valamint a testvére), illetve a Szerződő ügyfelének élettársa, továbbá az élettárs, házastárs gyermekei és az élettárs, házastárs szülei is.

1.6. Csatlakozási nyilatkozat: a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított, a Biztosított felhatalmazása alapján – a Szerződő ügyfele által telefonon vagy online tett nyilatkozat, amelynek keretében a Biztosított, illetve a Szerződő ügyfele hozzájárul ahhoz, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződés rá, illetve közeli hozzátartozójára, élettársára, élettársának gyermekeire és szüleire, mint biztosítottra kiterjedjen és a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat rá áthárítsa, egyben vállalja a biztosítási díj megfizetését.

1.7. Csoportos Biztosítási Szerződés: az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., mint Szerződő és a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., mint Biztosító között a Szerződővel annak szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személyek és azok közeli hozzátartozói, élettársa, az élettárs gyermekei és szülei, mint Biztosítottak javára létrejött egészségbiztosítási szerződés.

1.8. Egészségügyi dokumentáció: a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a Biztosított személyazonosító adatait,
- cselekvőképes Biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló Biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- az első vizsgálat eredményét,
- a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- a beteg gyógyszer-túlérzékenységére vonatkozó adatokat,
- a bejegyzést tevő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- a Biztosítottnak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a Biztosított gyógyulására befolyással lehet.

Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- az ápolási dokumentációt,
- a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint a Biztosított testéből kivett szövet-mintákat, illetve azok szövettani eredményeit.

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

1.9. Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen:

1.9.1. a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak,

1.9.2. a keresőképességnek,

1.9.3. a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

1.10. Egészségügyi ellátás: a Biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

1.11. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában vagy – törvényben meghatározott esetben – az egészségügyi államigazgatási szerv által történő nyilvántartásba vétel alapján végezhető egészségügyi tevékenység, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a Biztosított vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a Biztosított vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.

1.12. Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiállított működési engedély alapján tevékenységet végző egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

1.13. Ellátásszervező: a Biztosító által kiszervezett tevékenység keretében megbízott jogi személy, amely a Biztosító nevében jár el, a Biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezi és lebonyolítja a Biztosítottak számára. Jelen Biztosítási Feltételek tekintetében a Biztosító Ellátásszervező partnere a Teladoc Hungary Kft. (székhely: 1083 Budapest, Szigony u. 26-32. III. em., cégjegyzékszám: 01-09-864388).

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

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

1.16. Járóbeteg-szakellátás: a Biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a Biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás.

1.17. Járóbeteg-szakellátás keretében végzett ambuláns beavatkozások: olyan, járóbeteg-ellátás keretében, altatás nélkül igénybe vehető sebészeti, illetve egyéb szakterületi kezelések, beavatkozások, amelyek elvégzését követően a beteg azonnal, szakfelügyelet és megfigyelés

nélkül, saját lábán otthonába bocsátható, a kezelés, beavatkozás a hatályos jogszabályok szerint járóbeteg-ellátás keretében történhet, és nem minősül egynapos sebészeti ellátásnak.
1.18. Kezelőorvos: a Biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a Biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.
1.19. Műtét: minden olyan, orvos által a mindenkori orvosszakmai szabályoknak megfelelően végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és intézménye a szükséges hatályos, érvényes engedélyekkel rendelkezik.
1.20. Szakorvos: Érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófa-orvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.
1.21. Szerződő ügyfele: a Szerződővel a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy.
1.22. Távértékesítés: A távollevők között kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2025. évi XCIX. törvény alapján távközlő eszköz alkalmazásával létrejövő ügyletkötés.

2. A Csoportos Biztosítási Szerződés létrejötte, a biztosítási jogviszony alanyai

2.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban, határozatlan időtartamra jön létre.
2.2. A **Szerződő** az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (székhelye: 1081 Budapest II. János Pál Pápa tér 20., cégjegyzékszáma: 01 10 140263), amely a Biztosítóval a Csoportos Biztosítási Szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat a Biztosítónak közvetlenül megfizeti (biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele által a Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – a Szerződő áthárítja a Biztosítottra, illetve a Szerződő ügyfelére. A díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 11. pont rendelkezéseit).
Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt a Biztosítottra vonatkozó biztosítotti jogviszony létrejövetelekor a Biztosító függő biztosításközvetítőjeként jár el.
2.3. Biztosított:
2.3.1. Biztosított a
(i) a Szerződő ügyfele;
(ii) a Szerződő ügyfelének csatlakozása mellett továbbá felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfelének közeli hozzátartozója, élettársa, élettárs gyermeke(i) és az élettársának szülei;
(iii) a Szerződő ügyfele csatlakozásának hiányában továbbá felhatalmazása alapján Szerződő ügyfelének közeli hozzátartozója, élettársa, élettárs gyermeke(i) és az élettársának szülei (továbbiakban együttesen: „Hozzátartozó").
2.3.2. A Biztosítottá válás feltételei:
(i) a Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott,
(ii) a Szerződő a Biztosítónak lejelenti, mint biztosítottat és
(iii) akire vonatkozóan a Szerződő a biztosítási díjat megfizeti.
2.3.3. A Biztosítottá válás további feltétele:
(i) a 2.3.1. (i) pontban, 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban megjelölt személyek esetén, hogy a 2.3.2. pontban felsorolt feltételeknek megfelelő természetes személy életkora a kockázatviselés kezdetekor legalább 3 hónap, maximális életkora pedig:
a) Standard egyéni és Standard családi csomag esetén: 75 év,
b) Fókusz MINI csomag esetén: 65 év,
c) Fókusz csomag esetén: 65 év,
d) Exkluzív csomag esetén: 65 év.
2.4. Az egy családból a biztosításba bevonható Biztosítottak száma maximum 5 fő.
2.5. Kedvezményezett: a Biztosító minden szolgáltatására a Biztosított jogosult.
2.6. Biztosító: a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (Székhely: 1097 Budapest Könyves Kálmán körút 11. „B" ép., Cégjegyzékszám: 01 10 045857), amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a biztosítási szolgáltatást teljesíti.

3. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

3.1. A Szerződő köteles (1) a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint (2) a Biztosító által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási Szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni a Biztosítottakat, (3) a biztosítási díjat a Biztosítónak közvetlenül megfizetni.
3.2. A Szerződő az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét – a Biztosított, illetve amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított, a Szerződő ügyfele által a Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján– áthárítja a Biztosítottra, illetve - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított- a Szerződő ügyfelére.
3.3. A Biztosított, illetve - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított - a Szerződő ügyfele köteles a Szerződő részére megfizetni a Szerződő által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj áthárítására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 11. pontban).
3.4. A Szerződő és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljeskörűen megválaszolni.

3.5. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket – a Biztosított a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor – ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
3.6. A Szerződő és a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítónak 5 napon belül írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a szerződéskötés során írásban kérdést tett fel. Lényeges körülmény továbbá az is, amire a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként történő csatlakozás során írásban, szóban vagy online formában kérdést tett fel.
3.7. A közlésre és a változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.
3.8. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén (ideértve a szándékosan valótlan tartalmú Csatlakozási nyilatkozat tételét is) a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés megkötésekor, illetőleg a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. A közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértésére a Biztosító csak az adott (közlési- vagy változásbejelentési kötelezettségét elmulasztó) Biztosítottal szemben, illetve ezen Biztosítottra vonatkozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan hivatkozhat.
3.9. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a Biztosított Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásától, illetve a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
3.10. A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, ezért a Biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, tevékenységével kapcsolatban kérdéseket tehetnek fel, orvosi vizsgálatot kérhetnek. A Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
3.11. A Biztosítók a Biztosított különleges adatnak minősülő egészségügyi adatait kizárólag akkor jogosultak kezelni, amennyiben a Biztosított a különleges adatok kezeléséhez hozzájárult. A Biztosított hozzájárulásának hiányában – amennyiben a különleges adatok kezelése a biztosítási jogviszony létrejöttének, fenntartásának vagy a szolgáltatás nyújtásának feltétele – nem jöhet létre, illetve nem tartható fenn biztosítási jogviszony, továbbá nem teljesíthető szolgáltatás azon esetekben, ahol különleges adatok szerepelnek. A különleges adatok kezeléséhez történő hozzájárulást a Biztosított az Adatkezelési nyilatkozat kitöltésével és a Biztosítónak postai úton (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325), személyesen (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) vagy e-mailben (mvm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) köteles eljuttatni az első szolgáltatási igény bejelentése előtt. Amennyiben az első szolgáltatási igény bejelentése előtt a különleges adatok kezeléséhez hozzájáruló nyilatkozat megadására nem került sor, úgy a Biztosított az Ellátásszervezővel folytatott telefonbeszélgetés alapján, az Ellátásszervező által elektronikusan küldött online felületre is feltöltheti a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruló nyilatkozatát. A hozzájáruló nyilatkozat hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít. **Ennek hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.**
3.12. Független orvosi szakvélemény:
3.12.1. Azokban az esetekben, amelyeket a jelen Biztosítási Feltételek Biztosítók (vagy általuk kijelölt) orvosának hatáskörébe utal, a Biztosított panasszal élhet, és a döntés független orvos szakértő általi felülvizsgálatát kérheti. Független orvos szakértő vizsgálatát és állásfoglalását a Biztosítók is kérhetik.
3.12.2. A független orvos szakértő eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt az állásfoglalás kérése. Amennyiben a Szerződő vagy a Biztosított kezdeményezte az eljárást, és a független orvos szakértő a javára döntött, a költségeket a Biztosítók fizetik.
3.13. A Biztosított köteles enyhíteni a káresemény következményeit minden olyan eszközzel, ami a mielőbbi gyógyulás érdekében felhasználható. Ennek keretében a Biztosított köteles különösen:
3.13.1. a betegség első orvosi diagnosztizálását követően, illetve a baleset után haladéktalanul orvosi segítséget igénybe venni, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni;
3.13.2. gondoskodni továbbá a megfelelő ápolásról, és általában törekedni a biztosítási esemény következményeinek lehetőség szerinti elhárítására, illetve enyhítésére;
3.13.3. a független orvos szakértő által előírt vizsgálatokon részt venni, valamint a baleset következményeinek enyhítésére vonatkozó utasításainak eleget tenni.
3.14. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit.-ben foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.
3.15. A Csoportos Biztosítási Szerződés feltételeit kizárólag a Szerződő és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.
3.16. A Biztosítottakat kizárólag a biztosítotti jogviszonyuk azonnali hatályú felmondásának (ld. a 9.1.1. pontban) és rendes felmondásának (ld. a 9.1.2. pontban) joga illeti meg.
3.17. A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a Csoportos Biztosítási Szerződésbe történő belépésnek, (2) a Csoportos Biztosítási Szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosítotti jogviszonyukra vonatkozó Biztosítási Feltételek módosításának a joga.

4. A Biztosított csatlakozása a Csoportos Biztosítási Szerződéshez

4.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik.
4.2. *A Csoportos Biztosítási Szerződéshez a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy ügyfelei, mint Biztosítottak az általuk, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a*

Biztosított – a Biztosított felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele nevében – a 4.5. pontban részletezett módon – tett Csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.

4.3. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez új Biztosított annak tartama alatt – figyelembe véve a 2.3. pontban foglalt rendelkezést – bármikor csatlakozhat jelen Biztosítási Feltételekben foglalt feltételekkel.

4.4. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozás az alábbiakban felsorolt módokon lehetséges:

4.4.1. rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli Csatlakozási nyilatkozat útján;

4.4.2. a Szerződő honlapján, online módon tett Csatlakozási nyilatkozat útján.

4.5. A Szerződő a Csatlakozási nyilatkozat megtételét követően a csatlakozásról:

4.5.1. szóbeli Csatlakozási nyilatkozat esetén a Biztosított által választott kommunikáció módjának megfelelően postai vagy elektronikusan úton,

4.5.2. online tett Csatlakozási nyilatkozat esetén elektronikus úton

írásbeli visszaigazolást (a továbbiakban: „**írásbeli visszaigazolás**") küld a Biztosítottnak a biztosítási jogviszony létrejöttéről való igazolásként, amelyhez mellékeli a jelen Biztosítási Feltételeket, a Biztosítási Termékismertetőt, a Távértékesítési tájékoztatót, a Biztosításközvetítői tájékoztatót, az Általános Ügyfél-tájékoztatót és az annak részét képező Adatkezelési tájékoztatót.

4.6. A Biztosítók a Biztosított Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozása során egészségi kockázatelbírálást nem alkalmaznak.

4.7. Jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő Csoportos Biztosítási Szerződés részét képezi a Szerződőnek azon – a Szerződő informatikai rendszereiben nyilvántartott és a Biztosítónak átadott – dokumentációja, amely tartalmazza a Biztosítottak személyi adatait, a Csoportos Biztosítási Szerződés megkötéséhez adott hozzájáruló nyilatkozatait – így különösen a biztosítás megkötéséhez adott hozzájáruló, valamint különleges adatok esetén azok kezeléséhez az Biztosított hozzájárulását tartalmazó Adatkezelési nyilatkozatot.

5. A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

5.1. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, amely biztosítási időszakokra oszlik.

5.2. *Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási időszak 1 hónap.*

5.2.1. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés kezdete naptári hónapjának utolsó napjáig tart.

5.2.2. Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik, és ugyanazon hónap utolsó napján 24 órakor ér véget.

6. Területi hatály

6.1. A Biztosító kockázatviselése a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki.

6.2. A Biztosító a szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

7. A Biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

7.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, amelyet a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Biztosított felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele a nevében a Csatlakozási nyilatkozat megtételekor ad meg.

7.2. A kockázatviselés kezdete az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosított Csatlakozási nyilatkozatának megtételét követően veszi kezdetét az alábbiak szerint:

7.2.1. *adott naptári hónap 15. napjáig megtett Csatlakozási nyilatkozat esetében a Csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő hónap első napján 0 óra;*

7.2.2. *adott naptári hónap 15. napja után megtett Csatlakozási nyilatkozat esetében a Csatlakozási nyilatkozat megtételének hónapját követő második hónap első napján 0 óra.*

7.3. A kockázatviselési kezdetet szóbeli és online csatlakozás esetén a Szerződő által a Biztosított részére megküldött, a csatlakozásról szóló visszaigazolás tartalmazza.

8. A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

8.1. A Biztosító kockázatviselése megszűnik:

8.1.1. ha a Biztosítottnak, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének a Szerződővel kötött földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely az energiaszolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszegése miatt kikapcsolásra kerül, a megszűnés/kikapcsolás hatálynapja hónapjának utolsó napján 24 órakor. Nem minősül a kockázatviselés megszűnésének, ha a Szerződő és a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási szerződéses jogviszonyában a szolgáltatás folytonosságának fenntartása mellett változás áll be, így különösen, de nem kizárólag, ha a felek közös megegyezéssel módosítják a földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási 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;
8.1.2. ha a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre, a megszűnés, szüneteltetés, illetve az előre fizetős mérő felszerelésének hónapja utolsó napján 24 órakor;
8.1.3. a biztosítási csomagokhoz tartozó maximális szolgáltatási korhatár elérése hónapjának utolsó napján:
i. Standard egyéni és Standard családi csomag esetén: 80 év,
ii. Fókusz MINI csomag esetén: 70 év,
iii. Fókusz csomag esetén: 70 év,
iv. Exkluzív csomag esetén: 70 év.
8.1.4. a Biztosított halálával, a halál bekövetkeztének napján 24 órakor;
8.1.5. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. 9.1.1. pont) 24 órakor,
8.1.6. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának Biztosított általi rendes felmondása esetén (ld. 9.1.2 pont) a felmondás beérkezésének időpontjától függően, vagy a beérkezéskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órakor;
8.1.7. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén (ld. 9.2. pont) – a Szerződővel történt előzetes egyeztetést követően – a Szerződőhöz címzett, írásbeli, indokolással ellátott jognyilatkozat közlésétől függően, vagy a közléskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órakor;
8.1.8. az áthárított biztosítási díj [a Szerződő által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére, az azokban foglalt póthatáridőben történő] Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – Szerződő ügyfele általi megfizetésének hiányában a Biztosított biztosítási jogviszonya megszűnik az utolsó díjjal fedezett hónap utolsó napján 24 órakor.
8.1.9. a Szerződő és a Biztosító közötti Csoportos Biztosítási Szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a megszűnés hatályának napján 24 órakor;
8.1.10. a biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor, ha az MVM Otthon Vitál Csoportos Egészségbiztosítás hatálya alatt a Biztosított egy másik csomagra szóló újabb MVM Otthon Vitál Csoportos Egészségbiztosítást igényel (csomagváltás).
8.1.11. A rettegett betegség szolgáltatás kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában megszűnik továbbá a rettegett betegség szolgálatáshoz kapcsolódó biztosítási összeg kifizetésével.
8.2. A Biztosító kockázatviselésének az egyik Biztosított vonatkozásában történő megszűnése – a 10. pontok kivételével, mely valamennyi biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnéséhez vezet – a többi Biztosítottra nem hat ki.

9. A Biztosítotti jogviszony felmondása

9.1. Biztosított általi felmondás
9.1.1. A Biztosított biztosítási jogviszonyának azonnali hatályú felmondása
A távértékesítés keretében (telefonon vagy online) tett Csatlakozási nyilatkozat esetében a Biztosítottnak jogában áll a biztosítotti jogviszonyt a Csatlakozás visszaigazolásától – vagy amennyiben a Távértékesítési tájékoztatót később kapja meg, úgy annak kézhezvételétől – számított 14 napon belül a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, az mvmbiztositas.hu/biztositas-felmondas oldalon online, e-mailben (biztositas@mvm.hu vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu), illetve postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) felmondani (azonnali hatályú felmondás), amivel a rá kiterjesztett kockázatviselést és a biztosítási jogviszonyát azonnali hatállyal megszünteti. Az azonnali hatályú felmondás a Szerződőhöz történő beérkezés napján 24 órakor lép hatályba. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítettnek tekinteni, ha azt a biztosított a fenti határidőn belül online beküldi, egyéb igazolható módon elküldi vagy postára adja. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosítotti jogviszony rendes felmondásának minősül, és a biztosítási jogviszony a rendes felmondás szabályai szerint szűnik meg. Az azonnali hatályú felmondás részletes szabályait a Távértékesítési tájékoztató tartalmazza. Amennyiben a Biztosított a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozóan esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Biztosítottnak, illetve - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított - a Szerződő ügyfelének. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.
9.1.2. A Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása
9.1.2.1. A Biztosított jogosult a biztosítási jogviszonyát a Szerződőhöz intézett elektronikus (biztositas@mvm.hu, vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu) vagy postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) a Szerződőhöz eljuttatott írásbeli felmondó nyilatkozattal, 30 napos felmondási idővel, a biztosítási időszak végére felmondani;
9.1.2.2. Amennyiben a felmondási nyilatkozat beérkezése és a beérkezés hónapját tartalmazó biztosítási időszak vége között már nincs 30 nap, úgy a Biztosított felmondása a következő biztosítási időszak utolsó napjára hatályos.
9.2. Biztosító általi felmondás
9.2.1. ***A Biztosító jogosult az adott Biztosított biztosítási jogviszonyát – a Szerződővel történt előzetes egyeztetést követően – 5 (öt) munkanapos felmondási idővel a biztosítási időszak végére, írásbeli, indokolással ellátott, a Szerződőhöz címzett jognyilatkozattal megszüntetni (rendkívüli felmondás).***

9.2.2. Amennyiben a felmondási nyilatkozat közlése és a közlés hónapját tartalmazó biztosítási időszak vége között már nincs 5 nap, úgy a Biztosított felmondása a következő biztosítási időszak utolsó napjára hatályos.

9.2.3. A Szerződő a Biztosító döntését haladéktalanul közli a Biztosítottal.

9.2.4. A biztosítási jogviszony megszűnésekor folyamatban lévő biztosítási szolgáltatás iránti igényt a Biztosító a jelen Feltételek alapján elbírálja.

10. A Csoportos Biztosítási Szerződés megszüntetése

10.1. A Biztosító és a Szerződő közötti Csoportos Biztosítási Szerződés az abban foglalt bármely ok és körülmény bekövetkezése esetén megszűnik.

11. A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

11.1. A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések:

11.1.1. *A biztosítási díjat, mely a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, a Szerződő fizeti meg a Biztosítónak a Csoportos Biztosítási Szerződés rendelkezései szerint.*

11.1.2. *A biztosítás havi rendszeres díjfizetésű.*

11.1.3. A biztosítási díj minden hónap első napjától az adott hónap utolsó napjáig terjedő egy hónapos időszakra vonatkozik.

11.1.4. A biztosítási díj a hónap első napján élő biztosítási fedezettel rendelkező és a Szerződő által a Biztosítóhoz lejelentett Biztosítottakra vonatkozik.

11.1.5. A biztosítási díj Biztosítottra jutó része első alkalommal a kockázatviselés kezdetének napján esedékes.

11.1.6. *A Szerződő minden Biztosított és minden biztosítási időszak vonatkozásában egy teljes havi díjat köteles megfizetni. A Biztosító az egyes Biztosítottak vonatkozásában részleges díjfizetést nem fogad el.*

11.1.7. A Szerződő díjfizetési kötelezettsége mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.

11.1.8. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó része a Biztosított által választott biztosítási csomagtól függ, melyet az 1. számú melléklet 2. pontja tartalmaz.

11.1.9. A biztosítotti jogviszonynak a 9.1.1. pont szerint határidőn belülinek minősülő azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozóan esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Biztosítottnak, illetve- amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.

11.2. A biztosítási díj módosítása:

11.2.1. A biztosítás díja a kockázatviselés tartama alatt akkor változik, ha a Biztosító jelen pont alapján a biztosítási díj módosítására tesz javaslatot, és azt a Szerződő elfogadja.

11.2.2. A Biztosító naptári évente legfeljebb egy alkalommal jogosult a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt a Csoportos Biztosítási Szerződés felülvizsgálatára és a biztosítási díj módosítására. A módosítás mértéke akkora lehet, hogy a Biztosítónak a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása miatt várható többletkötelezettségét fedezni tudja.

11.2.3. A Biztosító a Szerződőt a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változásával indokolt díjmódosításról annak tervezett hatálybalépése előtt legalább 120 nappal értesíti. Ha a Szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 45. napig írásban elfogadja a biztosítási díjmódosítási javaslatot, vagy nem nyilatkozik írásban a biztosítási díj módosításával kapcsolatban, úgy a Csoportos Biztosítási Szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik. Ha a Szerződő az értesítés kézhezvételét követő 45 (negyvenöt) napon belül elutasítja a díj módosítását és a Szerződő és a Biztosító közös megegyezéssel nem módosítják a biztosítási díjat, akkor a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés rendelkezései szerint jár el.

11.2.4. A Szerződő a Biztosítottakat a lehető legkorábban, de a módosított díj hatálybalépése előtt legalább 45 nappal értesíti – a Biztosított által választott kommunikáció módjától függően – postai vagy elektronikus levélben.

11.2.5. Ha a módosított biztosítási díj mellett a Biztosított nem kívánja fenntartani a biztosítási jogviszonyát, akkor azt a 9.1.2. pont szerinti rendes felmondással felmondhatja. Ha a Biztosított a módosított díjat a hatálybalépést megelőző 30. napig írásban nem utasítja vissza, akkor azt elfogadottnak kell tekinteni, és a biztosítási fedezet a módosított díjjal életben marad.

11.2.6. A módosított biztosítási díj a hatálybalépésének napjától valamennyi – a hatálybalépését követően biztosítási jogviszonnyal rendelkező és felmondás alatt nem álló – Biztosított vonatkozásában alkalmazandó.

11.3. A Szerződő által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

11.3.1. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Szerződő – a Biztosított Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra, illetve - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelére, függetlenül attól, hogy a Szerződő ügyfele Biztosítottként csatlakozott-e a Csoportos Biztosítási Szerződéshez.

11.3.2. *A Szerződő az áthárított díjat a Szerződő szolgáltatási körébe tartozó szolgáltatásra vonatkozó számlába építve, havonta szedi be a Biztosítottól, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelétől. Az áthárított biztosítási díj a Szerződő szolgáltatási körébe tartozó azon számlával együtt esedékes, mely számla elszámolási időszaka magában foglalja az adott biztosítási időszakot.*

11.3.3. *Ha Biztosító kockázatviselése a Szerződő és a Biztosított, illetve- amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele között fennálló szerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely nem esik egybe a Szerződő*

szolgáltatási körébe tartozó számla esedékességével, akkor, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Szerződő a szolgáltatási körébe tartozó szerződés lezárásakor számolja fel.

11.3.4. Ha a Szerződő részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díj egészét nem (sem) fedezi, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.

11.3.5. A Szerződő az áthárított biztosítási díj meg nem fizetése esetén írásban felszólítja a Biztosítottat, vagy - amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelét az elmaradt biztosítási díj megfizetésére, melyben figyelmezteti őt arra, hogy amennyiben az elmaradt biztosítási díj nem kerül megfizetésre, akkor Szerződő törli a Biztosítottat a Biztosítottak közül és így a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan az utolsó díjjal rendezett hónap utolsó napján 24 órakor megszűnik.

12. Szolgáltatási csomagok

12.1. A leendő Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) és 2.3.1. (iii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele a Csatlakozási nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy az 1. számú mellékletben foglaltak közül melyik biztosítási csomagot igényli, figyelembe véve a 8.1.3. pontban rögzített korhatárokat is.

12.2. Egy család Biztosítottjaira (a Szerződő ügyfelére és hozzátartozóira) csak ugyanaz a csomag választható.

12.3. Egy családon belül legfeljebb egy Standard egyéni csomag köthető. Két vagy több családtag Standard fedezeti szintű biztosítása kizárólag Standard családi csomag keretében lehetséges. Standard családi csomag és Standard egyéni csomag ugyanazon család tekintetében egyidejűleg nem állhat fenn.

12.4. Csomagok közötti váltás a korábban választott csomag lemondásával (biztosítási fedezet megszüntetésével) és új csatlakozási nyilatkozat megtételével lehetséges.

12.5. Egy Biztosítottra egy időben egy csomag lehet érvényben.

13. Értékkövetés

A Biztosító értékkövetést nem alkalmaznak, a biztosítási összeg értékkövetésére (indexálására) nincs lehetőség.

14. Biztosítási esemény

14.1. A Biztosító jelen Csoportos Biztosítási Szerződés alapján az alábbi kockázatokat viseli:

14.1.1. 7/24 orvosi call center szolgáltatás:

14.1.1.1. Biztosítási esemény a Biztosított betegsége, megbetegedése.

14.1.1.2. Az orvosi call center szolgáltatás telefonon történő orvosi tanácsadást jelent, amelyet a Biztosított az Ellátásszervező call centerének felhívásával vehet igénybe. Az orvosi tanácsadás keretében a call center az év minden napján, napi 24 órában fogadja a hívásokat, melyek rögzítésre és tárolásra kerülnek a Biztosító adatkezelési tájékoztatójában foglaltak szerint.

14.1.1.3. Az orvosi tanácsadás keretében a Biztosított a következőkről kaphat tájékoztatást magyar és angol nyelven:

a) betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésekről,
b) gyógyszerek összetételéről, alkalmazhatóságáról, mellékhatásáról, helyettesíthetőségéről, áráról,
c) orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
d) ügyeletes gyógyszertárakról,
e) egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

14.1.1.4. A szolgáltatás során a call center által nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, és nem pótolják a személyes orvosi vizsgálatot.

14.1.1.5. A szolgáltatás igénybevétele az alábbiak szerint történik:

14.1.1.6. Az Ellátásszervező telefonszáma: +36 1 461 1598.

14.1.1.7. A Biztosított felhívja az Ellátásszervező call centerét, ahol egy operátor fogadja a hívást.

14.1.1.8. Megtörténik a Biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az alábbi adatok alapján:

a) Biztosított neve, születési dátum, Biztosított édesanyjának leánykori neve.

14.1.1.9. Az operátor egy orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki megválaszolja a Biztosított kérdéseit.

14.1.2. Járóbeteg-szakellátás megszervezése

14.1.2.1. Biztosítási esemény a Biztosított betegsége vagy balesete.

14.1.2.2. Ha a Biztosított betegsége vagy balesete miatt szakorvosi vizsgálatra vagy konzultációra, képalkotó diagnosztikai vizsgálatra, illetve labordiagnosztikai vizsgálatra szorul, úgy az Ellátásszervező vállalja, hogy segítséget nyújt a Biztosított szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltató megtalálásában, ahol az igényelt szakorvosi ellátás elérhető. Az Ellátásszervező az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl a Biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja.

14.1.2.3. A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a választott csomagtól, a járóbeteg-szakellátást kiváltó biztosítási eseménytől és az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltatási limittől függően vagy a biztosítás fedezi, vagy a Biztosított fizeti.

14.1.2.4. A biztosítás által fedezett szolgáltatások leírását a 14. pont későbbi alpontjai tartalmazzák.

14.1.2.5. A szervezés menetét a 16.8 pont alpontjai tartalmazzák.

14.1.3. Második orvosi vélemény szolgáltatás

14.1.3.1. A második orvosi vélemény alatt a Biztosított által az Ellátásszervezőnek feltett, a Biztosított súlyos betegségére vonatkozó, orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos szakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni.

14.1.3.2. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza: hozzáférés nemzetközi orvos szakértők szaktudásához. Elismert orvos szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az Ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá beterjesztett minden esetben. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Az Ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a Biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával.

14.1.3.3. A második orvosi véleményt az Ellátásszervező az alábbi, a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkező betegsége esetén nyújtja:

- az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat),
- szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet,
- szervátültetések,
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát,
- az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció,
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák,
- az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

14.1.3.4. A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az Ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.

14.1.3.5. A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a 16.8. pont Ellátásszervezésről szóló részben rögzítettek szerint zajlik.

14.1.4. A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások

14.1.4.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkező betegsége vagy balesete, amely miatt egészségügyi ellátása válik szükségessé.

14.1.4.2. Fókusz MINI csomagban kizárólag belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, szemészet, allergológia és bőrgyógyászat szakágakban (a 19. pontban foglalt kockázatkizárások figyelembevételével),

14.1.4.3. Fókusz és Exkluzív csomagban a kockázatkizárásokat tartalmazó 19. pontban szereplő ellátások kivételével bármely, járóbeteg-ellátásban elérhető orvosi szakágban, mely ellátás járóbeteg-szakellátás, ezen belül

- szakorvosi vizit,
- diagnosztikai vizsgálatok,
- labordiagnosztikai vizsgálatok,
- ambuláns beavatkozások
- és gyógyszerek felírása

keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges.

14.1.4.4. A Biztosító és az Ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi az ellátást, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A Biztosító az ellátás költségét az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.

14.1.4.5. A biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel (előzménybetegséggel) ok-okozati kapcsolatba hozhatók. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi és diagnosztikai vizsgálatok, valamint a további gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.

14.1.4.6. Terhesség ideje alatt a Biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít (maximum az éves limit erejéig). A szakorvosi vizsgálattal egy időben, annak részeként végzett ultrahang-(UH-)vizsgálat a térítés szempontjából nem számít önálló ellátásnak. A terhességhez kapcsolódó térítéses ellátás keretében genetikai ultrahangvizsgálat, valamint a genetikai rendellenességek kiszűrésére szolgáló kombinált teszt ultrahang eleme is igénybe vehető.

14.1.4.7. Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezéskor.

14.1.4.8. Amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig. A Biztosító ugyancsak utólag téríti meg a terhességi kombinált teszt ultrahang elemének költségét a felhasznált éves limit mértékétől függetlenül, amennyiben az egészségügyi szolgáltató az ultrahangvizsgálatról önálló számlát nem állít ki.

14.1.4.9. A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse.

14.1.4.10. A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a 16.8. pont Ellátásszervezésről szóló részben rögzítettek szerint zajlik.

14.1.5. Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása

14.1.5.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkezett, **szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított** betegsége vagy balesete, amely miatt további gyógyulásához a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások elvégzése válik szükségessé.

14.1.5.2. MR (mágneses rezonanciás diagnosztika): a Biztosított betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segíti elő.

14.1.5.3. CT (komputertomográfia – számítógépes rétegfelvételes diagnosztika): a Biztosított betegsége miatt szükségessé váló orvosi

diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret-, struktúra-, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

14.1.5.4. Cardio-CT (tomográfiás diagnosztika): a Biztosított betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely alkalmas arra, hogy kimutasson olyan megbetegedéseket is és azok eredetét, melyeket a kardiológiai vizsgálatok (pl. terheléses EKG) nem mutatnak ki egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős a szerepe.

14.1.5.5. PET -CT (pozitronemissziós tomográfiás diagnosztika): a Biztosított betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiák meghatározására és eredményességének követésére szolgál.

14.1.5.6. A Biztosító és az Ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi a vizsgálatot, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A Biztosító a vizsgálat költségét az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.

14.1.5.7. Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra való jelentkezéskor.

14.1.5.8. Amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig.

14.1.5.9. A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse.

14.1.5.10. A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a 16.8. pont Ellátásszervezésről szóló részben rögzítettek szerint zajlik.

14.1.6. Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása

14.1.6.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkezett betegsége vagy balesete, amely miatt olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozás válik szükségessé, amely a Biztosított ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik, és a Biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.

14.1.6.2. A Biztosító és az Ellátásszervező a szerződött egészségügyi szolgáltató partnerei valamelyikénél megszervezi az ellátást, és az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig fedezi annak költségét. A Biztosító az ellátás költségét az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg.

14.1.6.3. A műtéthez kapcsolódó előzetes ellátások, vizsgálatok (általában, de nem kizárólag laborvizsgálat, mellkasröntgen és altatóorvosi vizsgálat) költségét, a műtétnél felhasznált implantátumok költségét, valamint a 24 órát meg nem haladó kórházi tartózkodás egyéb költségeit (hotelszolgáltatás költségeit) is fedezi a biztosítás.

14.1.6.4. Amennyiben a biztosításban fedezett sebészeti beavatkozás során komplikáció merül fel, és emiatt orvosilag indokolt módon meghosszabbított, 24 órát meghaladó kórházi tartózkodás, illetve további ellátások, vizsgálatok válnak szükségessé, az ezekhez kapcsolódó költségeket a Biztosító nem téríti meg.

14.1.6.5. Az Ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegről az ellátásra való jelentkezéskor.

14.1.6.6. Amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig.

14.1.6.7. A szolgáltatások megszervezésének és a Biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a Biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak)orvosi beutalóval vagy javaslattal. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse.

14.1.6.8. A szolgáltatási igény bejelentése, valamint az ellátás szervezése a 16.8. pont Ellátásszervezésről szóló részben rögzítettek szerint zajlik.

14.1.7. Rettegett betegség szolgáltatás

14.1.7.1. Biztosítási esemény a Biztosítottnál (a Biztosítotton) a rá vonatkozó kockázatviselés ideje alatt 25 különböző kritikus betegség, illetve orvosi beavatkozás valamelyikének diagnosztizálása, illetve alkalmazása. **A betegségek, illetve eljárások részletes leírását a 2. számú melléklet tartalmazza.**

14.1.7.2. A rettegett betegségekhez kapcsolódó bármely, 2. számú mellékletben foglalt biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az 1. számú mellékletben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére, **feltéve, hogy a betegség vagy állapot pontos diagnózisának megállapítását, illetve az orvosi beavatkozás elvégzését követően a Biztosított legalább 30 napig életben van. A Biztosító csak egy, a legkorábban bekövetkező rettegett betegség vonatkozásában teljesít szolgáltatást.**

14.1.7.3. A 2. számú mellékletben felsorolt események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha az esemény, valamint az eseményhez vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be. Előzménynek az tekintendő, ha a Biztosított csatlakozása előtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll. Előzménynek tekintendő továbbá, ha a kockázatviselés kezdete előtt 3 hónapon belül olyan tünetet észleltek, illetve laboratóriumi vagy képalkotó vizsgálat olyan eredménnyel zárult, melynek alapján betegség kialakulását és/vagy fennállását feltételezve részletes kivizsgálást javasoltak, illetve kezdeményeztek, s e betegségre a fent felsorolt esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll. Műtéti beavatkozás végrehajtásával definiált események csak abban az esetben minősülnek biztosítási eseménynek, ha a kockázatviselés kezdetekor nem állt fenn az adott típusú beavatkozásra vonatkozó műtéti indikáció és/vagy műtéti előjegyzés.

14.1.7.4. A Biztosító szolgáltatást csak a 16.10.4. pontban felsorolt dokumentumok benyújtása esetén teljesít.

14.1.7.5. A Biztosító a rettegett betegség szolgáltatását (a biztosítási összeg kifizetését) a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki. A biztosítási összeg kifizetésével a rettegett betegség fedezet megszűnik (a többi fedezet változatlan tartalommal érvényben marad).

14.1.7.6. A szolgáltatási igényt a többi szolgáltatástól eltérően a Biztosítónál kell bejelenteni a 16.1.2. pontban rögzített módon.

15. A Biztosító szolgáltatása

15.1. A Biztosító a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett biztosítási események esetén az 1. számú mellékletben meghatározott biztosítási limitek vagy összeg erejéig teljesít biztosítási szolgáltatást.
15.2. Várakozási idő
15.2.1. Az egyes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a Biztosító különböző hosszúságú várakozási időt köt ki:

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

15.2.2. A várakozási idő az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számítandó.
15.2.3. Amennyiben a nem baleseti eredetű, rettegett betegség szolgáltatáshoz kapcsolódó biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a Biztosító szolgáltatást nem teljesít, de a rettegett betegségre szóló fedezet érvényben marad. A Biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következik be.
15.2.4. A várakozási idő értelmében terhességgel kapcsolatos járóbeteg-szakellátás [14.1.4.6. pont] a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónap elteltével vehető igénybe.

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

16.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 munkanapon belül be kell jelenteni:
16.1.1. rettegett betegség szolgáltatás kivételével kizárólag telefonon, az Ellátásszervező call centerén keresztül (+36 1 461 1598);
16.1.2. rettegett betegség szolgáltatás esetében a szolgáltatási igénybejelentő formanyomtatvány Biztosítónak az alábbi címre történő megküldésével:
CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.,
Élet kárrendezési és ügyviteli főosztály
Levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325;
E-mail cím: mvm@cig.eu
16.1.3. A bejelentés során a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
16.2. A biztosítási esemény bejelentéssel kapcsolatosan tájékoztatás kérhető az alábbi telefonszámon: +36 1 501 9782.
16.3. A szolgáltatási igény 16.1. pont szerinti 15 napos igénybejelentési határidő után is bejelenthető legkésőbb az 5 éves elévülési idő lejártáig, azonban az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenné váltak (1) akár a késedelmes bejelentés miatt, (2) akár amiatt, mert a Bejelentő a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé.
16.4. A Biztosító szolgáltatása teljesítésének feltétele, amennyiben a Biztosító szolgáltatásának nyújtásához a Biztosított egészségügyi adatainak, mint különleges adatoknak a kezelése szükséges, hogy a Biztosított a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruljon. A Biztosított hozzájárulásának hiányában – amennyiben a különleges adatok kezelése a biztosítási szolgáltatás nyújtásának feltétele – nem teljesíthető biztosítási szolgáltatás azon esetekben, ahol különleges adatok szerepelnek. A különleges adatok kezeléséhez történő hozzájárulást a Biztosított az Adatkezelési nyilatkozat kitöltésével és a Biztosítónak postai úton (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325), személyesen (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) vagy e-mailben (mvm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) köteles eljuttatni az első szolgáltatási igény bejelentése előtt. Amennyiben az első szolgáltatási igény bejelentése előtt a különleges adatok kezeléséhez hozzájáruló nyilatkozat megadására nem került sor, úgy a Biztosított az Ellátásszervezővel folytatott telefonbeszélgetés alapján, az Ellátásszervező által elektronikusan küldött online felületre is feltöltheti a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruló

nyilatkozatát. A hozzájáruló nyilatkozat hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.
16.5. A Biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
16.6. A Biztosított a Biztosító előírásai és utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózisát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatnia kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő ápolásról, és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. Ha a Biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt a Biztosított állapota súlyosbodott, a Biztosító mentesül az ilyen jellegű állapotsúlyosbodásból eredő szolgáltatási kötelezettség alól. A kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a Biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
16.7. A Biztosító a rettegett betegséggel összefüggő szolgáltatását (a biztosítási összeg kifizetését) a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki.

16.8. Ellátásszervezés:
16.8.1. Az orvosi ellátásra történő időpontfoglalás, illetve az orvosi ellátás megszervezése telefonon történik. A Biztosított (telefonon a +36 1 461 1598 számon) munkanapokon 8-20 óra között jelentheti be az ellátásra vonatkozó igényét az Ellátásszervezőnek. A telefonbeszélgetések rögzítésre kerülnek, így a későbbiekben visszakereshetők.
16.8.2. A hívás során megtörténik a Biztosított azonosítása és a jogosultság ellenőrzése az 14.1.3. pontban felsorolt adatok alapján.
16.8.3. Az egészségügyi ellátás megszervezésének feltétele, hogy a Biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak)orvosi javaslattal, ambuláns lappal, és beutalóval – amennyiben szükséges. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az Ellátásszervező megalapozottnak minősítse. A választott biztosítási csomag tartalmán kívül egyéb egészségügyi ellátás tekintetében a Biztosító az ellátás költségét nem vállalja, az önköltségen vehető igénybe.
16.8.4. Az operátor rögzíti az igényt, egyezteti a Biztosítottal a preferált helyszínt és időpontot, majd megkezdi a kért szakvizsgálat, illetve ellátás megszervezését, továbbá tájékoztatja a Biztosítottat a folyamatról.
16.8.5. Az egészségügyi ellátások megszervezése, azaz az ellátás időpontjának kiajánlása a 16.9. pontja szerinti határidőn belül esedékes azt követően, hogy minden, a kért ellátás megszervezéséhez szükséges adat és információ az Ellátásszervező rendelkezésére áll.
16.8.6. A megszervezett egészségügyi szolgáltatások díját a választott csomagtól, a kiváltó biztosítási eseménytől és az aktuálisan rendelkezésre álló szolgáltatási limittől függően az 1. számú mellékletben rögzített éves limit erejéig vagy a biztosítás fedezi- ez esetben a Biztosító a vizsgálat költségét az Ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak téríti meg-, vagy a Biztosított fizeti.
16.8.7. A biztosítás által fedezett szolgáltatások leírását a 14. és 15. pontok alpontjai tartalmazzák.
16.8.8. A megszervezett vizsgálat időpontjáról, helyszínéről, valamint a Biztosított által fizetendő várható költségről az operátor telefonon vagy e-mailben ad tájékoztatást. Az operátor a vizsgálat időpontját és helyszínét telefonos tájékoztatás esetén is megerősíti írásban.
16.8.9. Járóbeteg-szakellátások, Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok és Egynapos sebészeti beavatkozások esetében, amennyiben a Biztosított az ellátásra vonatkozó éves limitjének 95%-át már felhasználta, a Biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás finanszírozását, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig. A Biztosító ugyancsak utólag téríti meg a terhességi kombinált teszt ultrahang elemének költségét a felhasznált éves limit mértékétől függetlenül, amennyiben az egészségügyi szolgáltató az ultrahangvizsgálatról önálló számlát nem állít ki.
16.8.10. Egy Biztosítottra vonatkozó több egészségügyi ellátási igény egyidejű bejelentése esetén az Ellátásszervező az orvosilag indokolt sorrendben szervezi meg az ellátásokat.
16.8.11. Amennyiben az Ellátásszervező jelen Biztosítási Feltételek alapján a Biztosított vizsgálatokra szóló ellátási igényét nem találja jogosnak, az igény elbírálásához szükséges információk tudomására jutását követően tájékoztatja a Biztosítottat.
16.8.12. Amennyiben a Biztosított a számára megrendelt szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább három munkanappal korábban nem értesíti az Ellátásszervezőt, úgy a Biztosított az adott szolgáltatás ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.

16.9. Az Ellátásszervező az egyes szakellátásokat az alábbi határidőben szervezi meg:
16.9.1. a 14.1.2. és 14.1.4. pontban rögzített szolgáltatások **(járóbeteg-szakellátások)** keretében igénybe vett szakorvosi vizsgálat esetén a bejelentéstől számított **öt (5) munkanap;**
16.9.2. a 14.1.5. pontban rögzített **képalkotó diagnosztikai vizsgálatok** esetén:
16.9.2.1. **Budapesten** a bejelentéstől számított **tíz (10) munkanap,**
16.9.2.2. **Budapesten kívül** a bejelentéstől számított **húsz (20) munkanap;**
16.9.3. a 14.1.6. pontban rögzített **egynapos sebészeti beavatkozás** esetén:
16.9.3.1. **Budapesten** a bejelentéstől számított **huszonkettő (22) munkanap,**
16.9.3.2. **Budapesten kívül** a bejelentéstől számított **harminckettő (32) munkanap.**

16.10. A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok
16.10.1. A Biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosítási esemény jellegétől függően a következő iratokat kérheti:
- Kedvezményezett személyazonosságát igazoló dokumentum;
- a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (mint pl. a Biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy, tanúk nyilatkozata a

biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szakértői vélemények másolatai);
- véralkohol-vizsgálati eredmény, drogteszt;
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata;
- amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata;
- a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel, valamint a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. házi- vagy üzemorvosi, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, szövettani vizsgálati eredmények, ideértve CT-, MRI- és röntgenfelvételeket és azok vizsgálati eredményeit is);
- a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosítotti adatokat tartalmazó iratok;
- azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak;
- idegen nyelvű iratok esetén azok fordítása;
- hiánytalanul kitöltött adatkezelési nyilatkozat;
- az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentum;
- rettegett betegség szolgáltatás esetén hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány;
- rettegett betegség szolgáltatás esetén a 16.10.4. pontban rögzített dokumentumok.

16.10.2. A listában szereplő, a Biztosító által bekért iratok beszerzésének költségei a Biztosítottat terhelik.

16.10.3. Amennyiben egy adott irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az Érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése a Biztosított kötelezettsége, és az iratok beszerzésének költsége is a Biztosítottat terheli.

16.10.4. A rettegett betegség szolgáltatás kárbejelentéséhez szükséges adatok, dokumentumok

A Biztosító a 2. számú mellékletében felsorolt biztosítási események miatt felmerülő szolgáltatási igényeket a 16.10.1 pontban felsorolt dokumentumokon túl, az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője bírálja el. A Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

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

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.

- Szívkoszorúér-megkerülő (bypass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti leírás vagy annak kivonata szükséges.
- Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 90 nap múlva a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.
- Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.
- Létfontosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.
- Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.
- Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
- Az ún. „4 alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a Biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálata alapján történik.
- Szklerózis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a Biztosító által meg-bízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.
- AIDS-(HIV-)betegség elfogadása fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
- Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
- Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon vagy intenzívosztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövet-tani vizsgálatot, azok eredménye is szükséges a betegség elfogadásához.

16.10.5. A Biztosító a fenti dokumentumok szkennelt, olvasható formátumú változatát is elfogadja.

17. A Biztosító mentesülése

17.1. A Biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított, vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.

17.2. A mentesülésre vonatkozó rendelkezéseket a Biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségére is alkalmazni kell. Nem mentesül a Biztosító a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a Biztosított – az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve – az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

18. Kizárások

18.1. A Biztosító nem viseli a kockázatot az alábbi esetekben:
18.1.1. ha az esemény, összefüggésbe hozható a Biztosított által szándékosan, önmagának okozott kárral;
18.1.2. a Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, valamint nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztásával összefüggő eseményekre;
18.1.3. ha az esemény a Biztosítottnak háborús cselekményekben valamelyik fél mellett történő aktív részvétele miatt következett be. Háborúnak minősül: háború (hadüzenettel vagy anélkül), határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légicsapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény;
18.1.4. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő eseményekre;
18.1.5. kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozások és kórházi ápolás, valamint az orvosilag nem indokolt műtétek, kórházi ápolások és gyógyító eljárásokra;
18.1.6. az az esemény, amely nem szakvégzett és szakképzett orvos általi kezeléssel összefüggésben következett be, vagy olyan, orvos által végzett gyógykezelés során, amelynél nem tartották be az orvosszakmai előírásokat;
18.1.7. olyan eseményre, amely a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következett be;
18.1.8. ha a Biztosított olyan időpontban fordult orvoshoz, hogy emiatt az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult;
18.1.9. a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő balesetekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzembentartója, és nem tartozik a személyzethez;
18.1.10. a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a teszttúrákat és a rallyversenyeket is;
18.1.11. az országos és nemzetközi síugró, bob-, síbobversenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre;
18.1.12. ha az eseményt öngyógyítás okozta;
18.1.13. a Biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;
18.1.14. mentális és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező eseményekre, kivéve az üzemi balesetre, foglalkozási betegségre közvetlenül visszavezethető mentális és viselkedészavarokat;
18.1.15. az elsődlegesen betegségi ok miatt bekövetkező balesetekre;
18.1.16. a Biztosított versenyszerűen, díjazásért űzött sporttevékenységekre, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e;
18.1.17. mandulaműtétre és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra;
18.1.18. azon vizsgálatokra, beavatkozásokra, melyek igénybevétele nem az Ellátásszervezőn keresztül történt;
18.1.19. szűrővizsgálatokra;
18.1.20. azon orvosi ellátásokra, melyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása.
18.2. A 7/24 orvosi call center szolgáltatás és a járóbeteg-szakellátás megszervezése kivételével a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodásra, illetve a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező olyan eseményekre, amely előzménybetegséggel ok-okozati összefüggésbe hozható.
18.3. A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások, a képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása, valamint az egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl az alábbiakból eredő egészségügyi ellátásokra:
18.3.1. életveszély elhárítása céljából szükségessé vált kezelésekre;
18.3.2. baleseti, természeti vagy egyéb katasztrófa miatti sürgős ellátásokra;
18.3.3. járványügyi érdekből végzett ellátásokra; valamint intenzív betegellátásra
18.3.4. egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre;
18.3.5. addiktológiai gondozásra;
18.3.6. munkaegészségügyi és egyéb alkalmassági vizsgálatokra; foglalkozás-egészségügyi szakellátásra,
18.3.7. jogszabályban meghatározott nemkonvencionális (hagyományos) egészségjavító, egészségmegőrző eljárásokra, többek között akupunktúrára, természetgyógyászatra; alternatív gyógyászat által nyújtott kezelésre, wellness szolgáltatásokra, gyógypedagógiai, logopédiai ellátásra, fürdőkúrára, fogyókúrára, valamint ezekkel kapcsolatos ellátásokra, természetes gyógytényezők (pl. aromaterápia), fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatásokra; továbbá rehabilitációra, szanatóriumi kezelésekre, valamint infúziós kezelésekre és injekció terápiás sorozatokra (kivéve a helyi fájdalomcsillapítás céljából beadott injekciót);
18.3.8. fogászati diagnosztikára, szakellátásra; fogkezeléssel, fogászati problémával kapcsolatos szájsebészeti beavatkozásokra, fogszabályzásra;
18.3.9. onkológiai gondozásra, amennyiben a daganatos betegségek stádiumának és kiterjedtségének megállapítása (staging) az állapotfelmérő vizsgálatok alapján már megtörtént;

18.3.10. lézeres körömgomba-eltávolításra, visszérműtét bármilyen formája; illetve a visszér betegség injekciós kezelésére (scleroterápia),
18.3.11. ápolási otthonban történő ellátásokra; geriátriai kezelésre, gondozásra;
18.3.12. dialízis kezeléssel kapcsolatos ellátásokra, transzplantációra;
18.3.13. digitális dermatoscopiára,
18.3.14. meddőség kivizsgálásával, kezelésével kapcsolatos ellátásokra;
18.3.15. az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra
18.3.15.1. HIV-betegek gondozása,
18.3.15.2. Hepatitis C betegek gondozása;
18.3.16. aneszteziológiai ellátásra (ide nem értve az egynapos sebészeti beavatkozásokhoz kapcsolódó ellátásokat, amennyiben azok a választott csomagban térítésre kerülnek);
18.3.17. alkohológiai gondozásra,
18.3.18. drogbetegellátás, -gondozásra,
18.3.19. tüdőgyógyászati gondozásra,
18.3.20. pszichiátriai szakellátásra,
18.3.21. visszérbetegség injekciós kezelésére (scleroterápia),
18.3.22. nemibeteg-gondozásra,
18.3.23. fizio- és mozgásterápiás kezelésre,
18.3.24. klinikai onkológiai gondozásra.
18.4. Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása és Egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl
18.4.1. arra a vizsgálatra, ellátásra, amelyet előíró orvosi javaslat/beutaló nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
18.4.2. orvosi javaslat hiányában igényelt egészségügyi szolgáltatásra.
18.4.3. azon vizsgálatokra, ellátásokra, melyet előíró orvosi javaslatot/beutalót nem szakrendelő orvos állít ki (a háziorvos által kiállított javaslatot/beutalót a Biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat).
18.5. A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások és Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki 18.1 pontban foglaltakon túl
18.5.1. a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok körében felmerülő (jogszabályból eredő) kötelező védőoltásokra és szűrésekre.
18.6. A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl az alábbi diagnosztikai vizsgálatokra:
18.6.1. székletgenomika-tesztre;
18.6.2. ételintolerancia-tesztre;
18.6.3. hajdiagnosztikára;
18.6.4. kapszulaendoszkópiára;
18.6.5. CT-lézermammográfiára;
18.6.6. sztereotaxiás biopsziára.
18.7. A biztosításban fedezett egynapos sebészeti beavatkozások megszervezése és finanszírozása esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá a 18.1 pontban foglaltakon túl az alábbiakból eredő egynapos sebészeti beavatkozásokra:
18.7.1. Sterilisatio laparoscopica feminae
18.7.2. Sterilisatio laparoscopia kapoccsal
18.7.3. Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
18.7.4. Sterilisatio laparoscopia monopol, Elektródával
18.7.5. Sterilisatio laparoscopia bipol. Elektródával
18.7.6. Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
18.7.7. Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
18.7.8. Terhességmegszakítás intraamnialis gyógyszerrel
18.7.9. Terhességmegszakítás extraamnialis gyógyszerrel
18.7.10. Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
18.7.11. Interruptio Hegar tágítással, curettage-zsal
18.7.12. Interruptio laminaria tágítással
18.7.13. Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
18.7.14. Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
18.7.15. Művi megtermékenyítés
18.7.16. Orrsövényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások.
18.8. A biztosításban foglalt Rettegett betegség szolgáltatás esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 18.1 pontban foglaltakon túl a következő sporttevékenységekkel összefüggő eseményekre:
18.8.1. búvárkodás, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás, ejtőernyőzés.

19. Egyéb rendelkezések

19.1. A Biztosító a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli Csatlakozási nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon bejelentett panaszokat) csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.
19.2. A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.
19.3. A biztosítást értékesítő biztosításközvetítő a Csoportos Biztosítási Szerződéssel, a rendszeres díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosult.

1. számú melléklet: A biztosítási csomagok bemutatása

	Standard egyéni / Standard családi csomag	Fókusz MINI csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
7/24 orvosi call center szolgáltatás	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járóbeteg-szakellátás megszervezése (az ellátás díját a Biztosított fizeti)	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény szolgáltatás	-	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok (MR, CT, cardio-CT és PET-CT) megszervezése és finanszírozása	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év	Szolgáltatási limit: 1 000 000 Ft/fő/év
A biztosításban fedezett járóbeteg-szakellátások a 8) da) pontban rögzített szakágakban: járóbeteg-szakrendelés diagnosztika labordiagnosztika ambuláns beavatkozások	-	Szolg. limit: 200 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: – laborra és diagnosztikára: együttesen 50 000 Ft/fő/év – ambuláns beavatkozásokra: 50 000 Ft/fő/év	Szolg. limit: 500 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: – laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év – ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év	Szolg. limit: 1 000 000 Ft/fő/év Ezen belül allimit: – laborra és diagnosztikára: együttesen 100 000 Ft/fő/év – ambuláns beavatkozásokra: 100 000 Ft/fő/év
Rettegett betegség szolgáltatás	-	-	-	Biztosítási összeg: 1 200 000 Ft
Egynapos sebészeti beavatkozások	-	-	-	Szolgáltatási limit: 300 000 Ft/fő/év

A biztosítási csomagok havi díja
Érvényes: 2023. 08. 01-től

Standard egyéni csomag	Standard családi csomag	Fókusz MINI csomag	Fókusz csomag	Exkluzív csomag
990 Ft/fő/hó	2490 Ft/hó*	3490 Ft/fő/hó	5490 Ft/fő/hó	8890 Ft/fő/hó

* Standard családi csomag: átalánydíjas csomag, a Biztosító az egy családból a biztosításba bevont Biztosítottak számától független, fix díjat alkalmaz.

2. számú melléklet: Rettegett betegség szolgáltatás biztosítási eseményei

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Koszorúér-(bypass-)műtét
Nyitott szívműtét, amelynél sternotómiát hajtanak végre (a szegycsont szétvágása) azért, hogy a beszűkült vagy elzáródott egy vagy több koszorúeret elkerülő graft beültetésével korrigálják. Bőrön keresztül végzett (percután) koszorúér-beavatkozások, mint például angioplastica vagy más artériás katéteralapú technikával kivitelezett eljárás vagy lézeres eljárás nem képez biztosítási eseményt.

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

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

12. Szívsebészeti műtét
Nyílt vagy endoszkópos szívsebészeti beavatkozás, melynek során egy vagy több szívbillentyű cseréjét, korrekcióját hajtják végre olyan rendellenesség miatt, melyet artériás katéteres eljárásokkal nem tudnak orvosolni. A műtétet kardiológus szakorvos javaslata alapján kell végrehajtani.

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

14. Végstádiumú veseelégtelenség, amely állandó dialízist igényel
Végstádiumú krónikus vesebetegség (veseelégtelenség), amely miatt rendszeres dialízis szükséges.

15. Végstádiumú májelégtelenség
A végstádiumú májbetegség vagy májzsugor a krónikus végstádiumú májelégtelenséget jelenti, amely az alábbiak legalább egyikét okozza:
a) kontrollálhatatlan aszcitesz,
b) állandó sárgaság,
c) nyelőcső- vagy gyomorértágulatok (várixok),
d) májeredetű agyi elváltozás (hepatikus enkefalopátia).
e) Az alkohol- vagy a kábítószer-használat miatt kialakuló májbetegség kizárt.

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

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

18. Jelentős (harmadfokú) égési sérülések
Harmadik fokú égési sérülések, amelyek a testfelület legalább 20%-át fedik le.

19. Szervátültetés (szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyálmirigy)
A következő teljes emberi szervek egyikének transzplantációja: szív, tüdő, máj, vese vagy hasnyál-mirigy.
Nem terjed ki a következőkre: egyéb szervek, szervek részei, szövetek vagy sejtek transzplantációja.

20. Motoneuron betegség (mozgató idegsejt károsodásával járó betegség)
A motoneuron betegség egyértelmű diagnózisa a neurológiai tanácsadóval, a megfelelő és releváns neurológiai jelek végleges bizonyítékával.

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

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

23. Parkinson-kór
A Parkinson-kór egyértelmű diagnosztizálása neurológus által, a progresszív és tartós neurológiai károsodás végleges jeleire alapozva, ahol a Biztosított képtelen az alábbi hat napi tevékenység közül legalább hármat elvégezni a megfelelő gyógyszeres kezelés ellenére.
A kábítószer vagy mérgezés okozta Parkinson-kór kizárt. A mindennapi élet tevékenységei:
a) öltözködés – a ruházat felvétele és levétele segítség nélkül;
b) mozgás – ágyból vagy székből felkelés, illetve visszafekvés vagy ülés segítség nélkül;

c) mobilitás – szobák közötti mozgás fizikai segítség nélkül;
d) continencia – bél és húgyhólyag működésének szabályozására alkalmas képesség a személyes higiénia fenntartása érdekében;
e) étkezés – étkezés segítség nélkül;
f) fürdés – fürdés és/vagy zuhanyozás segítség nélkül.

24. Stroke, amely állandó/tartós neurológiai hiányhoz vezet

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

25. Fekélyes vastagbélgyulladás

Súlyos fekélyes vastagbélgyulladás, ahol teljes vastagbél-eltávolítást végeztek.

CIG PANNÓNIA BIZTOSÍTÓK

ÁLTALÁNOS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

Hatályos: 2026. november 01.

Tartalomjegyzék

BEVEZETÉS 1
1 A BIZTOSÍTÓ FŐBB ADATAI 1
2 A BIZTOSÍTÓ FELÜGYELETI HATÓSÁGA 2
3 IRÁNYADÓ JOG 2
4 PANASZOKKAL KAPCSOLATOS TÁJÉKOZTATÓ 2
5 ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ 3
5.1 Az adatkezelő adatai és felügyeleti hatóságai 3
5.2 Marketing célú közös adatkezelés esetén az Adatkezelők adatai 3
5.3 Az adatkezelési tájékoztató alkalmazása 4
5.4 A Biztosító adatkezelése 4
5.5 Marketing célú közös adatkezelés 4
5.6 A Biztosító adatkezelésének célja, jogalapja, a kezelt adatok köre és az adatkezelés időtartama 4
5.7 A Biztosító adatkezelésével kapcsolatos további rendelkezés 19
5.8 Az adattovábbítás címzettjei, illetve címzettek kategóriái 19
5.9 Harmadik országba történő adattovábbítás 20
5.10 Adatbiztonsági intézkedések 20
5.11 Automatizált döntéshozatal, profilalkotás és az automatizált döntéshozatallal kapcsolatos érintetti jogok 20
5.12 Érintetti joggyakorlás 21
5.13 Panaszbenyújtás joga 23
5.14 Jogorvoslat 23
5.15 A jelen tájékoztató módosíthatósága 23
6 A BIZTOSÍTÁSI TITOKKAL KAPCSOLATOS RENDELKEZÉSEK 23

BEVEZETÉS

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) 152. §, valamint 4. számú melléklete szerinti ügyfél tájékoztatásnak megfelelő, jelen dokumentum által nem tartalmazott alábbi rendelkezések a biztosítási feltételekben félkövér betűvel szedettek:

- a biztosítási szerződés 4. melléklet A) részében meghatározott jellemzői,
- arról való tájékoztatás, hogy nyújt-e tanácsadást az értékesített biztosítási termékre vonatkozóan,
- a biztosítási szerződéssel összefüggésben a közreműködő részére nyújtott javadalmazás jellege.
- a biztosító mentesülésének a szabályai,
- a biztosító szolgáltatása korlátozásának a feltételei,
- a biztosítási szerződésben alkalmazott kizárások,
- minden, a szokásos szerződési gyakorlattól, a szerződésre vonatkozó rendelkezésektől lényegesen vagy valamely korábban a felek között alkalmazott kikötéstől eltérő feltétel.

A fékövér betűvel szedett rendelkezések, valamint jelen Ügyfél-tájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.

1 A BIZTOSÍTÓ FŐBB ADATAI

Név:	CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Székhely állama:	Magyarország
Székhelye:	1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület Népliget Center
Levelezési címe:	1476 Budapest, Pf.: 325.
Elektronikus elérhetősége:	https://www.cigpannonia.hu
E-mail címe:	info@cig.eu; ugyfelszolgalat@cig.eu

Telefonszám:	+36 1 5 100 200
Nyilvántartó hatóság:	Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Cégjegyzékszám:	01-10-045857
Adószám:	14153730-4-44
Bankszámlaszám:	10300002-10315709-49020021

2 A BIZTOSÍTÓ FELÜGYELETI HATÓSÁGA

Név:	Magyar Nemzeti Bank
Székhelye:	1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.
Ügyfélszolgálata:	1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
Levelezési címe:	Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
Elektronikus elérhetősége:	www.mnb.hu
E-mail címe:	ugyfelszolgalat@mnb.hu
Ügyfélszolgálati telefonszáma:	+36 80 203 776

A Biztosító évente jelentést tesz közzé a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről, mely jelentés a Biztosító honlapján megtekinthető.

3 IRÁNYADÓ JOG

A Biztosítóval kötött szerződésekre a magyar jog rendelkezései irányadóak. A biztosítási szerződési feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: "Ptk.") rendelkezéseit kell alkalmazni.

4 PANASZOKKAL KAPCSOLATOS TÁJÉKOZTATÓ

A Biztosító vagy függő biztosításközvetítő ügynöke magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- személyesen írásban vagy szóban a Biztosító Ügyfélszolgálatán nyitvatartási időben; 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. Népliget Center Irodaház, B épület földszint,
- elektronikus levélben a panasz@cig.eu e-mail címre küldött üzenetben,
- telefonon: +36 1 / 5 100 200 telefonszámon, nyitvatartási időben,
- telefaxon: ++36 1 247 2021 fax számra küldött telefax útján,
- postai úton: a 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11., B épület címre, vagy 1476 Budapest, Pf. 325. postafiók címre küldött levél útján.

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezést is. A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.cigpannonia.hu/ugyfeleinknek/panaszkezeles honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a Biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

Jogorvoslati fórumok

A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a fogyasztónak minősülő ügyfél az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

a) Amennyiben a panasz **a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos** az ügyfél: a Pénzügyi Békéltető Testülethez (továbbiakban: „PBT", székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9., ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina körút 6.; levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172, telefon: +36 80 203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/bekeltetes, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);

vagy

b) Amennyiben az elutasított panasza Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (MNB tv.) meghatározott **fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására** (a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására) **irányul**, úgy az ügyfél az MNB (székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9., ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.; levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: +36-80-203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/fogyasztovedelem, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu) fogyasztóvédelmi eljárását kezdeményezheti;

c) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a Biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését. Fogyasztónak minősül az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából nem minősül fogyasztónak pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a Biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviseletében eljáró személy.
A fogyasztónak minősülő ügyfél a PBT, illetve az MNB előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló "Kérelem" nyomtatvány megküldését igényelheti a Biztosítótól. A nyomtatványt a Biztosító igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton haladéktalanul megküldeni köteles.

Amennyiben az **Ügyfél nem minősül fogyasztónak,** a Biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást.

5 ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

5.1 Az adatkezelő adatai és felügyeleti hatóságai

Adatkezelő:	**CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.**
Székhelye:	1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület
Levelezési címe:	1476 Budapest, Pf. 325.
Cégjegyzékszáma:	01-10-045857
Adószáma:	14153730-4-44
Felügyeleti szerve:	Magyar Nemzeti Bank (www.mnb.hu)
Adatvédelmi tisztségviselő:	Dr. Méhész Ágnes
E-mail címe:	jog@cig.eu
Levelezési címe:	1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület
Telefonszám:	+36 1 5 100 200, fax: +36 1 247 2021

Felügyeleti hatóság adatvédelemmel kapcsolatban:
Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhelye:	1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.
Levelezési címe:	1363 Budapest, Pf. 9.
Telefonszáma:	+36 1 391 1400, fax száma: +36 1 391 1410
E-mail címe, honlap:	ugyfelszolgalat@naih.hu, www.naih.hu

5.2 Marketing célú közös adatkezelés esetén az Adatkezelők adatai

Adatkezelő1:	**CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.**
Székhelye:	1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület
Levelezési címe:	1476 Budapest, Pf. 325.
Cégjegyzékszáma:	01-10-045857
Adószáma:	14153730-4-44
Felügyeleti szerve:	Magyar Nemzeti Bank (www.mnb.hu)
Adatvédelmi tisztségviselő:	Dr. Méhész Ágnes
E-mail címe:	jog@cig.eu
Levelezési címe:	1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület
Telefonszám:	+36 1 5 100 200, fax: +36 1 247 2021

Felügyeleti hatóság adatvédelemmel kapcsolatban:
Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhelye:	1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.
Levelezési címe:	1363 Budapest, Pf. 9,
Telefonszáma:	+36 1 391 1400, fax száma: +36 1 391 1410
E-mail címe, honlap:	ugyfelszolgalat@naih.hu, www.naih.hu

Adatkezelő2:	**CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.**
Székhelye:	1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület
Levelezési címe:	1476 Budapest, Pf. 325.
Cégjegyzékszáma:	01-10-046150
Adószáma:	14440306-4-44
Felügyeleti szerve:	Magyar Nemzeti Bank (www.mnb.hu)
Adatvédelmi tisztségviselő:	Dr. Méhész Ágnes
E-mail címe:	jog@cig.eu
Levelezési címe:	1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület
Telefonszám:	+36 1 5 100 100, fax: +36 1 209 9007

Felügyeleti hatóság adatvédelemmel kapcsolatban:
Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhelye:	1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11.
Levelezési címe:	1363 Budapest, Pf. 9,
Telefonszáma:	+36 1 391 1400, fax száma: +36 1 391 1410
E-mail címe, honlap:	ugyfelszolgalat@naih.hu, www.naih.hu

továbbiakban együttesen: Adatkezelők; külön- külön: Adatkezelő, illetve **Biztosító**.

5.3 Az adatkezelési tájékoztató alkalmazása

Az ügyfél adatkezelésre vonatkozó teljes körű tájékoztatását a biztosítási feltételekben (ÁSZF, KSZF, Szerződési Feltételek; továbbiakban együtt: „Biztosítási Feltételek"), az Ügyféltájékoztatóban, továbbá az Adatkezelési tájékoztatóban foglalt rendelkezések alkotják. A Biztosítási Feltételek, az Ügyféltájékoztató és Adatkezelési tájékoztató egymásra épülnek: az Adatkezelési tájékoztató általános, míg az Ügyféltájékoztató és Biztosítási Feltételek az egyes termékekre vonatkozó speciális rendelkezéseket tartalmaznak. Amennyiben az Adatkezelési tájékoztató, a Biztosítási Feltételek és az Ügyféltájékoztató között eltérés áll fent, úgy az alábbi sorrend irányadó: 1. Adatkezelési tájékoztató, 2. Biztosítási Feltételek, 3. Ügyféltájékoztató.

5.4 A Biztosító adatkezelése

A Biztosító, mint adatkezelő a természetes személy ügyfelei, valamint annak örökösei vagy annak helyébe lépő más személy (továbbiakban: „**Érintett**") biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő személyes adatait, továbbá a közös adatkezelés esetén az Adatkezelők az adatkezeléshez hozzájáruló Érintett személyes adatait

- az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 számú (a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló) rendelete (általános adatvédelmi rendelet, a továbbiakban: „**GDPR**" vagy „**Adatvédelmi rendelet**"),
- az információs önrendelkezési jogról és információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (továbbiakban: „**Info. tv.**"),
- a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: „**Bit.**")
- és az egyéb irányadó jogszabályok – ideértve különösen a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvényt (továbbiakban: „**Reklámtörvény**")

adatvédelemre vonatkozó rendelkezéseinek megfelelően kezelik.

Ügyfélnek minősül a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett, a Károsult, a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy.

Személyes adat az azonosított vagy azonosítható természetes személyre („Érintett") vonatkozó bármely információ.

A Biztosító törekszik a személyes adatkezelési tevékenységeit, adatkezelési műveleteit oly módon kialakítani, hogy mindenkor teljesüljenek az Adatvédelmi rendelet 5. cikkében foglalt adatkezelési alapelvek, azaz biztosítja a személyes adatok kezelésének jogszerűségét, tisztességességét, átláthatóságát, az adatok kezelésének célhoz kötöttségét, az adattakarékosságot (adatminimalizálás), azok pontosságát, tárolásuk időtartamának korlátozottságát, valamint bizalmasságukat. Az alapelvek megvalósulásáért a Biztosító felel, és ezekért elszámoltatható.

Jelen Adatkezelési tájékoztató tartalmazza a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, kezelésével és fenntartásával összefüggő, a Bit. 121. § (1) bekezdés k) pontja szerinti személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat.

A mindenkor hatályos, valamint a korábban hatályban lévő Adatkezelési tájékoztató a Biztosító weboldalán, a https://www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megtalálható.

5.5 Marketing célú közös adatkezelés

Az Adatkezelők tájékoztatják az Érintettet, hogy közös célból történő adatgyűjtés, közös adatbázisban történő közös adatkezelés és személyes adatok marketing-célú felhasználása tárgyában egymással megállapodást kötöttek, melyben közös Adatkezelőként meghatározták az adatkezelés céljait és eszközeit. Az Érintett az Adatkezelők megállapodásától függetlenül mindegyik Adatkezelő vonatkozásában és mindegyik Adatkezelővel szemben gyakorolhatja az általános adatvédelmi rendelet szerinti jogait. Bármelyik Adatkezelő jogosult az Érintett hozzájárulását kérni a közös adatkezeléshez. Az Érintett tájékoztatásáért (általános adatvédelmi rendelet 13. cikk) az az Adatkezelő felelős, amely az Érintettel a hozzájáruló nyilatkozat megszerzése érdekében kapcsolatba lép.

Az Érintettől érkezett megkeresések teljesítése céljából az Adatkezelők közös kapcsolattartóként a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. adatvédelmi tisztviselőjét (a továbbiakban: „**Adatvédelmi tisztviselő**") jelölték meg azzal, hogy az Érintettnek lehetősége van arra is, hogy a kijelölt Adatvédelmi tisztviselő helyett valamelyik Adatkezelőhöz forduljon. Az Adatvédelmi tisztviselő elérhetőségét a fenti 5.1. pont tartalmazza.

5.6 A Biztosító adatkezelésének célja, jogalapja, a kezelt adatok köre és az adatkezelés időtartama

A Biztosító az Érintett következő személyes adatait, az itt meghatározott célból, jogalapon, és
időtartamban kezeli:

5.6.1. A szerződés megkötését megelőző, valamint a szerződés megkötéséhez, a szerződés kezeléséhez, fenntartásához, valamint a szerződés teljesítéséhez kapcsolódó adatkezelés			
Az adatkezelés megnevezése és célja	**Az adatkezelés jogalapja**	**A kezelt adatok köre**	**Az adatok tárolásának időtartama**
A Biztosító a szerződéskötés vagy a szerződés fenntartása során tudomására jutott személyes adatokat a szerződés időtartama alatt, illetve annak megszűnését követően addig kezelheti, ameddig a szerződéssel kapcsolatban igény érvényesíthető. Az igényérvényesítésre nyitva álló időszakot (elévülési időt) az egyes biztosítási termékekre vonatkozó szerződési feltételek, illetve a jogszabályok tartalmazzák. Az ettől eltérő időtartamú adatkezelésekről a lentebb felsorolt pontokban található külön tájékoztatás.			
Életbiztosítási szerződés megkötését megelőzően az ügyfél igényeinek megfelelő biztosítási termék ajánlása érdekében az ügyfél igényeinek felmérése céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit. 153.§-a keletkezteti.	Az ügyfél által az igényfelmérő kérdőívben megadott adatok.	Amennyiben a szerződés nem jön létre a felek között, addig kezelhető, amíg a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatosan igény érvényesíthető. Amennyiben a felek között a biztosítási szerződés létrejön, akkor az igényfelmérő a szerződés részeként, azzal megegyező ideig, azaz a szerződés megszűnését követő 8 évig kezelhető.
Az ügyfél számára alkalmas biztosítási alapú befektetési termék ajánlása érdekében az ügyfél befektetési ismereteinek, céljainak, pénzügyi helyzetének felmérése céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit. 166/E.§-a keletkezteti.	Az ügyfél által ebből a célból megadott adatok.	Amennyiben a szerződés nem jön létre a felek között, addig kezelheti, amíg a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatosan igény érvényesíthető. Amennyiben a felek között a biztosítási szerződés létrejön, akkor az igényfelmérő a szerződés részeként, azzal megegyező ideig, azaz a szerződés megszűnését követő 8 évig kezelhető.
A biztosítási szerződés megkötésének céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – a szerződés megkötése.	Az Érintett által a szerződéskötés során megadott személyes adatok, így többek között a kockázatelbíráláshoz, a díjkalkulációhoz megadott adatok, illetve az ajánlati dokumentációban megadott adat.	A díjkalkulációval kapcsolatos adatok vonatkozásában legfeljebb 30 nap, az Érintett ajánlata alapján létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatok addig kezelhetők, amíg a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatosan igény érvényesíthető.
A szerződés megkötését követően a szerződés fenntartása, kezelése, módosítása, a szolgáltatás teljesítése, elszámolása és a Biztosító szerződésből fakadó egyéb kötelezettségei (pl. díjak megállapítása) teljesítése céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az Érintett az egyik fél.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az Érintett az egyik fél.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.

A biztosítási szolgáltatási igény elbírálása, a biztosítási szerződésből származó követelés megállapítása, megítélése, a szerződés teljesítése	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az Érintett az egyik fél.	Az Érintett által a szerződésben és azzal összefüggésben a szerződéskötés, illetve a szerződés teljesítése során megadott vagy az Érintettről más módon a Biztosító tudomására jutott adat.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.
A Biztosító biztosítási szerződésből eredő igényeinek érvényesítése (ide nem értve a következő pontban foglalt adatkezelést)	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., továbbá a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: „**Ptk.**") keletkezteti.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási szerződés fennállásának időszakában; a szerződés megszűnését követően pedig addig kezelhető, ameddig azzal kapcsolatban igény érvényesíthető.
A Biztosító szerződésből származó követeléseinek érvényesítése, így különösen adósságkezelés, követelésbehajtás, végrehajtás, illetve az Adatkezelő követeléseinek jogi úton (pl. fizetési meghagyás, bírósági eljárás, követeléskezelő társaság megbízása) történő érvényesítése céljából történő adatkezelés, valamint ezen célok érvényesítése érdekében megbízott harmadik személynek történő adatátadás	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – az Adatkezelő jogos érdeke az Érintett szerződéses kötelezettségeinek nemteljesítése esetén szerződésben foglalt jogai érvényesítésére.	Az Érintett által a szerződéskötés, illetve a szerződés teljesítése során megadott személyes adatok, így különösen: név, lakcím, anyja neve, születési hely, idő.	A biztosítási szerződés fennállásának időszakában; a szerződés megszűnését követően pedig addig kezelhető, ameddig azzal kapcsolatban igény érvényesíthető.
A Biztosítási szerződésből származó jogi igényekkel szembeni védekezés előterjesztése	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés (pl.: Bit., Ptk. és egyéb ágazati jogszabályok).	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási szerződés fennállásának időszakában; a szerződés megszűnését követően pedig addig kezelhető, ameddig azzal kapcsolatban igény érvényesíthető.
A Biztosítási szerződéses jogviszonnyal kapcsolatos bírósági, hatósági megkeresések megválaszolása	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés (pl.: Bit., Ptk. és egyéb ágazati jogszabályok).	A megkeresések megválaszolásához szükséges személyes adatok.	A biztosítási szerződés fennállásának időszakában; a szerződés megszűnését követően pedig addig kezelhető, ameddig azzal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító által megválaszolt bírósági, hatósági megkeresésekről szóló adattovábbítási nyilvántartás vezetése. Az adatkezelés célja a jogszabályi kötelezettség teljesítése, adattovábbítás jogszerűségének ellenőrzése és az Érintettek tájékoztatása.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés (Bit. és egyéb ágazati jogszabályok).	A megkeresések megválaszolásához szükséges személyes adatok.	Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén azokat 20 év elteltével törölni kell.
A veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében, a szolgáltatások jogszabálynak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából: (1) Veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében adatszolgáltatás teljesítése más biztosító részére. (2) Veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében adatszolgáltatás kérése más biztosítótól.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. (1) A Biztosító más biztosító részére történő adatátadására vonatkozóan, a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A Biztosító jogi kötelezettségét a Bit. 149–151. § keletkezteti. (2) Biztosító más biztosítótól történő adatszolgáltatás kérése esetén a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke. A Biztosító jogos érdekét a Bit. 149–151. § keletkezteti.	A biztosítási termék sajátosságainak figyelembe vételével kezelt, a Bit. 149. § (3) – (6) bekezdéseiben foglalt adatok.	A megkeresések eredményeként tudomására jutott adatok a kézhezvételt követő 90 napig kezelhetők, kivéve, ha a megkeresés eredményeként tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekei érvényesítéséhez szükséges. Ez esetben a Biztosító az adatot az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig kezelheti azzal, hogy ha az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat Biztosító általi megismerését követő 1 évig nem kerül sor, az adat a Biztosító általi megismerést követő 1 évig kezelhető.
Viszontbiztosítási fedezet elérése és szolgáltatás érvényesítése céljából történő adatkezelés, viszontbiztosító részére történő adattovábbítás	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – az Adatkezelő jogos érdeke.	Az adott jogviszonyhoz kapcsolódó személyes adatok.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.
Különleges adatok, különösen egészségügyi adatok szerződés megkötése, kockázatelbírálás, a szerződésben vállalt fedezet elbírálása, a szerződés fenntartása, kezelése, a szolgáltatás teljesítése céljából történő kezelése	GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) – az Érintett önkéntes és kifejezett hozzájárulása.	Az Érintett azon különleges adatai, melyekre a hozzájárulása vonatkozik.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.

Jogi kötelezettség vagy közérdekű feladat végrehajtása érdekében, jogszabályban meghatározott célból más adatkezelő részére történő adatátadás, illetve egyedi vagy rendeszeres adatszolgáltatás	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – az Adatkezelő jogi kötelezettsége teljesítése. A jogi kötelezettséget keletkezteti különösen a következő pontokban részletezett FATCA-törvény, a Bit., a Kit., a Pmt. Eseti adatszolgáltatási kötelezettséget a Biztosító akkor teljesít, ha a megkereső szerv az adatátadás célját és jogalapját megfelelően igazolja.	Az Érintett jogszabályban, illetve a megkeresésben kért adatai.	
A FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek (pl.: adattovábbítás) teljesítése	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a Bit. 148. §-ában foglaltak, 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 (FATCA-törvény) keletkezteti.	Az Érintett adóügyi illetőségével, valamint az adóügyi illetőség igazolásával kapcsolatos személyes adatok (pl. adóügyi illetőség állama, adóazonosító jel, adóügyi illetőséget megalapozó okirat, a jogalap körében felsorolt jogszabályokban meghatározott egyéb személyes adatok).	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.
A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek (pl.: adóilletőség megállapítása) teljesítése	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit. 148/A. §-ában foglaltak, a pénzügyi számlákkal kapcsolatos információk automatikus cseréjéről szóló, illetékes hatóságok közötti többoldalú Megállapodás kihirdetéséről szóló 2015. évi CXC. törvény, valamint az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény, továbbá az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény 34. § (1) bekezdésében és 50. § (2) bekezdés 28. pontjában foglaltak keletkeztetik.	Az Érintett adóügyi illetőségével, valamint az adóügyi illetőség igazolásával kapcsolatos személyes adatok (pl. adóügyi illetőség állama, adóazonosító jel, adóügyi illetőséget megalapozó okirat, a jogalap körében felsorolt jogszabályokban meghatározott egyéb személyes adatok).	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.

A Biztosítónak az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló 2017. évi LII. törvényben („Kit.") foglalt kötelezettségei teljesítése	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Kit. 16. § keletkezteti.	Partnerkód, kötvényszám, név, születési név, anyja neve, születési helye, ideje, állampolgársága, lakcíme, tartózkodási helye, személyazonosító okmányának száma, lakcímkártya száma, adószáma, adóazonosító jele, kiemelt közszereplői státusza, bankszámlaszáma, továbbá a Kit.-ben foglalt kötelezettség teljesítéséhez szükséges egyéb személyes adatok.	Jogszabályban (Pmt., Kit.) meghatározott határidő: szerződés megszűnésétől számított 8/10 év.
A Biztosító pénzmosás megelőzésével kapcsolatos kötelezettségei (pl.: az ügyfélátvilágítási intézkedések) teljesítése, valamint a NAV által erre a célra létrehozott tényleges tulajdonosi nyilvántartásból történő lekérdezés, illetve oda történő bejelentés céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szól 2017. évi LIII. törvény (továbbiakban: „Pmt."), a 2021. évi XLIII. törvény, a 803/2021. (XII. 28.) Korm. rendelet és a 804/2021. (XII. 28.) Korm. rendelet keletkezteti. A Biztosító a lakcímkártya azonosító számát az ügyfél azonosításához, átvilágításához fűződő jogos érdekére tekintettel kezeli.	Partnerkód, kötvényszám, név, születési név, anyja neve, születési helye, ideje, állampolgársága, lakcíme, tartózkodási helye, személyazonosító okmányának száma, lakcímkártya száma, adószáma, adóazonosító jele, kiemelt közszereplői státusza, bankszámlaszáma, továbbá a Pmt.-ben foglalt kötelezettség teljesítéséhez szükséges egyéb személyes adatok. Természetes személy esetén: partnerkód, kötvényszám, név, születési név, anyja neve, születési helye, ideje, állampolgársága, lakcíme, tartózkodási helye, személyazonosító okmányának száma, lakcímkártya száma, adószáma, adóazonosító jele, kiemelt közszereplői státusza, bankszámlaszáma továbbá a Kit.-ben foglalt kötelezettség teljesítéséhez szükséges egyéb személyes adatok. Jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet ügyfél esetében: neve, rövidített neve, székhelye, külföldi székhelyű vállalkozás esetén (amennyiben ilyennel rendelkezik) a magyarországi fióktelepének címe, főtevékenysége, képviseletre jogosultak neve és beosztása, (ha ilyennel rendelkezik: kézbesítési megbízottjának a családi és utóneve és lakcíme, ennek hiányában tartózkodási helye), cégjegyzékszáma és adószáma.	Jogszabályban (Pmt.) meghatározott határidő: szerződés megszűnésétől számított 8/10 év.

A biztosítási titok, valamint a személyes adatok védelme érdekében a szerződéskötéskor, a szerződéssel kapcsolatos tranzakciók során, így különösen a szerződés módosításával kapcsolatban, személyesen, telefonon, e-mailben történő ügyfél azonosítás céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke, hogy a személyes adatok és biztosítási titkok védelme érdekében információt csak az arra jogosult személy számára szolgáltasson.	A Biztosító az azonosításhoz az alábbi adatokat (legalább hármat) használja: pl. szerződésszám és/vagy kárszám, név, születési idő, édesanyja neve, állandó lakcíme, levelezési címe, e-mail címe, telefonszáma.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.
A biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése, felderítése, nyomon követése, kapcsolódó kockázatok mérése, kezelése céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – az Adatkezelő jogos érdeke a biztosítási szerződésekkel kapcsolatosan visszaélések, a biztosítási csalások megelőzésére, felderítésére.	Az ügyfél által a szerződéskötés során vagy azt követően megadott adatok.	Az adatok megadásától számított 5 év.
A nyilvántartásokban szereplő adatok informatikai biztonságának védelme érdekében szükséges biztonsági mentések céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke.	Az Érintett Biztosító informatikai rendszerében rögzített és biztonsági mentéssel érintett személyes adatai.	A Biztosító a biztonsági mentésben szereplő adatokat az azokra vonatkozó megőrzési időnek megfelelő időtartamig kezeli.
Az e-mail cím kezelése a szerződés megkötése, fenntartása, a biztosítási szolgáltatás teljesítése (kárrendezés), továbbá az Érintettel való elektronikus kapcsolattartás, valamint az Ügyfélportálra való regisztráció és bejelentkezés céljából.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az Érintett az egyik fél, vagy az a szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtételéhez szükséges.	Az Érintett e-mail címe.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.
A mobiltelefonszám kezelése a szerződés létrejöttének megerősítése, valamint az Ügyfélportálra való regisztráció céljából	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az Érintett az egyik fél, vagy az a szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtételéhez szükséges.	Az Érintett mobiltelefonszáma.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.
A DÁP azonosító kezelése az Ügyfélportálra való bejelentkezés céljából	GDPR 6. cikk (1) a) – az Érintett önkéntes és kifejezett hozzájárulása, melyet az Érintett a DÁP azonosítóval történő belépés választásával ad meg az Adatkezelő részére.	Az Érintett DÁP azonosítója.	Az Ügyfélportálon kezelt utolsó szerződésre vonatkozó adatkezelés időtartamáig, kivéve, ha az Érintett a hozzájárulását visszavonja, ez esetben legfeljebb az Érintett hozzájárulásának visszavonásáig.

Csoportos biztosítás megkötése, fenntartása, kezelése céljából történő adatkezelés, adattovábbítás. Csoportos biztosítás esetében a Szerződő átadja a Biztosított adatait a Biztosító részére. A Biztosító a Biztosított adatait, a biztosítási szerződést a Biztosított javára megkötő Szerződővel egyezteti. A Szerződő a Biztosítottak személyéről a szerződésben meghatározott módon és gyakorisággal tájékoztatja a Biztosítót.	GDPR 6. cikk (1) a) – az Érintett önkéntes és kifejezett hozzájárulása, melyet az Érintett a DÁP azonosítóval történő belépés választásával ad meg az Adatkezelő részére. GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az Érintett az egyik fél, vagy az a szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtételéhez szükséges.	A Szerződő által a Biztosító részére továbbított adatok: a csatlakozási nyilatkozatban/ adatszolgáltatásban vagy egyéb dokumentumban a Biztosított által megadott adatok, a biztosítási jogviszony alapjául szolgáló jogviszonyra, vagy egyéb érdek megszűnésére vonatkozó adat. A Biztosító a Biztosítottakra vonatkozó adatokat a Szerződő részére nem ad át, kivéve, ha a Szerződő általi adatszolgáltatás egyeztetése érdekében (vagy ún. fedezetellenőrzés) során szükséges, vagy ha a Szerződő a szolgáltatási igény során történő eljárásra jogosult, mely esetekben az ehhez szükséges adatokat továbbítja a Biztosító a Szerződő részére.	Amennyiben a Biztosított a szerződéshez csatlakozik, a létrejött szerződésekre vonatkozó adatkezelési időtartam az irányadó, azaz a biztosítási jogviszony fennállásának időszakában kezelhetők az Érintett személyes adatai; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.
Ügyfelek jogos érdek alapján történő adatkezeléssel szembeni tiltakozásainak, valamint a marketing nyilatkozatok visszavonásának nyilvántartása az ügyfél – visszavonással vagy tiltással összefüggő célból történő – jövőbeli megkeresésének elkerülése céljából	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – A Biztosító jogos érdeke.	Az ügyfél tiltakozása, marketing-célú adatkezeléssel kapcsolatos nyilatkozata visszavonása, valamint az abban foglalt adatok.	A nyilvántartás adatait, valamint a válaszadással kapcsolatos dokumentumokat a válasz elküldésétől számított 8 évig kell megőrizni az elszámoltathatóság érdekében.
(1) A szolgáltatásra jogosultság ellenőrzése érdekében esetenkénti lekérdezés a Belügyminisztérium által vezetett személy és lakcím-nyilvántartásban található személyes adatokról és a lekérdezés eredményének kezelése. (2) Az ügyfél által a biztosítási szerződéssel összefüggésben megadott adatok pontosságának ellenőrzése érdekében esetenkénti lekérdezés a Belügyminisztérium által vezetett személy és lakcím-nyilvántartásból, továbbá a lekérdezés eredményének felhasználása, amennyiben az ügyfél által megadott adatok hiányosan vagy hibásan kerültek megadásra.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – A Biztosító jogos érdeke. (1) A Biztosító jogos érdeke, hogy kizárólag az arra jogosult számára fizessen biztosítási szolgáltatást, megelőzve ezzel az esetleges visszaéléseket. (2) A Biztosító jogos érdeke, hogy ellenőrizze és biztosítsa, hogy nyilvántartásában pontosan szerepelnek a biztosítási szerződéssel kapcsolatos ügyféladatok.	(1) A Belügyminisztérium által vezetett személy és lakcímnyilvántartásban található személyes adatok (név, anyja neve, születési hely és idő, lakcím, tartózkodási hely). (2) A Belügyminisztérium által vezetett személy és lakcímnyilvántartásban található adatok (név, anyja neve, születési helye és ideje, lakóhelye).	A Biztosító az adatokat a szerződés adataival megegyező ideig tárolja.

Minőség-ellenőrzés, folyamatfejlesztés céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke.	Az Érintett neve, telefonszáma, e-mail címe, valamint az Érintett által adott visszajelzés.	Az Érintett elektronikusan adott visszajelzéseit a részére nyújtott szolgáltatásra vagy szerződésre vonatkozóan a szolgáltatással, illetve a szerződés adataival együtt kezeli a Biztosító, az azokra meghatározott ideig.
Statisztikai célból történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke.	Az Érintett által a szerződésben és azzal összefüggésben a szerződéskötés, illetve a szerződés teljesítése során megadott vagy az Érintettről más módon a Biztosító tudomására jutott adat.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig kezeli.

5.6.2. A személyes adatok kárrendezés során történő kezelésének 5.6.1. pontot kiegészítő szabályai			
Az adatkezelés megnevezése és célja	**Az adatkezelés jogalapja**	**A kezelt adatok köre**	**Az adatok tárolásának időtartama**
A Biztosító a kárrendezés kapcsán tudomására jutott személyes adatokat a kárrendezés időtartama alatt, illetve annak lefolytatását követően addig kezelheti, ameddig az Érintett által előterjesztett kárigénnyel kapcsolatban igény érvényesíthető. Az igényérvényesítésre nyitva álló időszakot (elévülési időt) az egyes biztosítási termékekre vonatkozó szerződési feltételek, illetve a jogszabályok tartalmazzák. Az ettől eltérő időtartamú adatkezelésekről a lentebb felsorolt pontokban található külön tájékoztatás.			
A kárrendezés érdekében történő adatkezelés	A szerződő fél esetében a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az Érintett az egyik fél, vagy az a szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtételéhez szükséges. A többi érintett (Biztosított, Kedvezményezett, Károsult, szolgáltatásra jogosult személy, örökösök) esetén a GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – az Adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése, melyet többek között a Ptk. 6:439. §, 6:470. §, 6:472. § rendelkezései keletkeztetnek.	Az Érintett által a kárrendezéssel összefüggésben megadott vagy az Érintettről a kárrendezéssel összefüggésben más módon a Biztosító tudomására jutott személyes adatok, ideértve az Érintettel folytatott telefonbeszélgetés hanganyagát is.	A kárrendezés időtartama alatt, illetve annak lefolytatását követően addig, ameddig az Érintett által előterjesztett kárigénnyel kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Biztosító általi kifizetés esetén, a kár lezárásától számított 8 évig.
Az e-mail cím a biztosítási szolgáltatás teljesítése (kárrendezés), továbbá az Érintettel való elektronikus kapcsolattartás céljából.	GDPR 6. cikk (1) a) pont – az Érintett önkéntes hozzájárulása, melyet a biztosítási szolgáltatási igény benyújtásakor ad meg az Adatkezelő részére.	Az Érintett e-mail címe.	A kárrendezés időtartama alatt, illetve annak lefolytatását követően addig, ameddig az Érintett által előterjesztett kárigénnyel kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Biztosító általi kifizetés esetén, a kár lezárásától számított 8 évig, kivéve, ha az Érintett a hozzájárulását visszavonja, ez esetben legfeljebb az Érintett hozzájárulásának visszavonásáig.

A kárrendezés érdekében történő különleges adatok kezelése. Az Érintett a kárigény elbírálása, a jogalap és összegszerűség megállapítása érdekében jogosult, továbbá szerződés vagy jogszabály alapján köteles lehet személyes és különleges kategóriájú, így különösen az Érintett egészségügyi állapotával összefüggő személyes adatok megadására.	A GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) – az Érintett önkéntes és kifejezett hozzájárulása.	Személyes és különleges kategóriájú, így különösen az Érintett egészségügyi állapotával összefüggő személyes adatok.	A kárrendezés időtartama alatt, illetve annak lefolytatását követően addig, ameddig az Érintett által előterjesztett kárigénnyel kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Biztosító általi kifizetés esetén, a kár lezárásától számított 8 évig.
Adózással kapcsolatos, illetve számviteli kötelezettségek teljesítése, különösen nyilvántartások vezetése, bizonylatok kiállítása és megőrzése	A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosító jogi kötelezettségének teljesítése. A biztosító jogi kötelezettségét a Számviteli törvény keletkezteti.	A kárrendezéssel kapcsolatos, a Számviteli törvény szerinti nyilvántartásban kezelt adatok, valamint a kárrendezéssel kapcsolatos könyvviteli elszámolást közvetlenül és közvetetten alátámasztó számviteli bizonylatok (ideértve a főkönyvi számlákat, az analitikus, illetve részletező nyilvántartásokat is).	A kárrendezés időtartama alatt, azt követően a kár lezárásától számított 8 évig.
Statisztikai célú adatkezelés	A GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke.	Az Érintett által a kárrendezéssel összefüggésben megadott vagy az Érintettről a kárrendezéssel összefüggésben más módon a Biztosító tudomására jutott személyes adatok.	A kárrendezés időtartama alatt, illetve annak lefolytatását követően addig, ameddig az Érintett által előterjesztett kárigénnyel kapcsolatosan igény érvényesíthető.
Az ügyfelek telefonon, illetve e-mailben történő azonosítása a kárbejelentés, a szolgáltatási igény bejelentése során a biztosítási titok, valamint a személyes adatok védelme érdekében	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke.	A Biztosító az azonosításhoz az alábbi adatokat (legalább hármat) használja: pl. szerződésszám és/ vagy kárszám, név, születési idő, édesanyja neve, állandó lakcíme, levelezési címe, e-mail címe, telefonszáma.	A kárrendezés időtartama alatt, illetve annak lefolytatását követően addig, ameddig az Érintett által előterjesztett kárigénnyel kapcsolatosan igény érvényesíthető.
Az Érintett adatainak a Biztosító megtérítési igényének érvényesítése érdekében történő kezelése	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke. A Biztosító jogos érdeke, hogy a jogszabályban vagy szerződésben meghatározottak szerint az általa megtérített kár mértékéig megtérítési igényét érvényesíthesse a Károkozóval szemben.	Az Érintettnek adatkezelési cél teljesítéséhez szükséges adatai.	A kárrendezés időtartama alatt, illetve annak lefolytatását követően addig, ameddig az Érintett által előterjesztett kárigénnyel kapcsolatosan igény érvényesíthető.

5.6.3. A személyes adatok panaszkezelési eljárás során történő kezelésének 5.6.1. pontot kiegészítő szabályai			
Az adatkezelés megnevezése és célja	**Az adatkezelés jogalapja**	**A kezelt adatok köre**	**Az adatok tárolásának időtartama**
A panaszkezelési eljárás lefolytatása céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit. 159. §-a keletkezteti.	Az Érintett által a Biztosító részére a panaszkezeléssel összefüggésben rendelkezésre bocsátott, vagy a panaszkezeléshez kapcsolódó, szerződés megkötése és teljesítése, illetve a kárrendezési, szolgáltatási eljárás során a Biztosító által kezelt személyes adatok.	A panaszkezelési eljárás lezárásától számított 5 év.
A telefonon tett panasz hangfelvételének rögzítése a panaszkezelési eljárás lefolytatása céljából	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit 159. § (2) bekezdés keletkezteti	Az Érintettel folytatott telefonbeszélgetés hangfelvétele, amely tartalmazza különösen az Érintett nevét, irányítószámát, telefonszámát, beazonosításhoz szükséges adatait, a panasz felvétele során rögzített személyes adatokat.	A panaszkezelési eljárás lezárásától számított 5 év. A panaszkezelési eljárás lezárását követő 5 év.
Az ügyfelek telefonon, illetve e-mailben történő azonosítása panaszbejelentés során a biztosítási titok, valamint a személyes adatok védelme érdekében	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke.	A Biztosító az azonosításhoz az alábbi adatokat (legalább hármat) használja: pl. szerződésszám és/ vagy kárszám, név, születési idő, édesanyja neve, állandó lakcíme, levelezési címe, e-mail címe, telefonszáma.	A panaszkezelési eljárás lezárásától számított 5 év.

5.6.4. A személyes adatok marketing célból történő kezelésének 5.6.1. pontot kiegészítő szabályai			
Az adatkezelés megnevezése és célja	**Az adatkezelés jogalapja**	**A kezelt adatok köre**	**Az adatok tárolásának időtartama**
Az egyes nyereményjátékokon, promóciókon történő részvétel esetén a játékszabályzatban külön adatkezelési tájékoztató kerül elhelyezésre az ott megvalósuló személyes adatok kezelésével kapcsolatban.			
Az Adatkezelők szolgáltatásainak megismertetése és azok igénybevételének ösztönzése céljából termékinformációk, reklámanyagok, ajánlatok küldése akciókról, nyereményjátékokról értesítés telefonon, e-mail útján és/ vagy postai úton	GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) –az Érintett által adott önkéntes és tájékozott hozzájárulás.	Az Érintett által a szerződéskötés, valamint a szerződés fennállása során megadott adatok, különösen az Érintett neve, neme, kora, anyja neve, lakcíme, telefonszáma, e-mail címe.	A szerződésre vonatkozó adatkezelés időtartamáig, kivéve, ha az Érintett a hozzájárulását visszavonja, ez esetben legfeljebb az Érintett hozzájárulásának visszavonásáig.
Postai címzett reklámküldemény küldése céljából történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke. A Biztosító jogos érdekét a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény 6. § (4) bekezdés keletkezteti.	Az Érintett által a szerződéskötés, valamint a szerződés fennállása során megadott adatok.	A szerződésre vonatkozó adatkezelés időtartamáig, kivéve, ha az Érintett a reklám küldését megtiltotta, ez esetben legfeljebb az Érintett megtiltásáig kezelheti.

5.6.5. A személyes adatok telefonos értékesítés vagy telefonos ügyintézés során történő kezelésének 5.6.1. pontot kiegészítő szabályai			
Az adatkezelés megnevezése és célja	**Az adatkezelés jogalapja**	**A kezelt adatok köre**	**Az adatok tárolásának időtartama**
A biztosítás telefonos értékesítése során (mind a szerződéskötés vagy ajánlattétel céljából Biztosítóhoz beérkező, mind az értékesítés céljából a Biztosító által kezdeményezett) hangfelvétel rögzítése, amelynek célja a telefonon keresztül megtett nyilatkozat tartalmának visszaidézése, a nyilatkozó személyének és a nyilatkozattétel időpontjának azonosítása, a beszélgetésben résztvevők jogainak megóvása, továbbá ajánlattétel, valamint szerződéskötés érdekében.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) – az Érintett hozzájárulása. Amennyiben az Érintett visszavonja hozzájárulását, úgy az adatkezelés jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke. A Biztosító jogos érdeke, hogy az Érintett kérelmével, bejelentésével kapcsolatban hozott döntését, véleményét, álláspontját az azokban foglaltakra tekintettel kialakíthassa, illetve jogait érvényesíthesse, kötelezettségeit teljesítse, és az azzal kapcsolatos tájékoztatást az Érintett részére eljuttathassa.	Az Érintettel folytatott telefonbeszélgetés hangfelvétele, amely tartalmazza különösen az Érintett nevét, irányítószámát, telefonszámát, beazonosításhoz szükséges adatait, a telefonbeszélgetés során az Érintett által megadott személyes adatokat.	Az Érintett ajánlata alapján létre nem jött biztosítási szerződés esetén a hangfelvételt addig kezelhető, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Ha a szerződés létrejön a biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhető, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, de legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig.
A biztosítási alapú befektetési termékre vonatkozó biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlat létrejöttét követően, a Biztosítók minőségbiztosítási célokat szolgáló telefonhívás lebonyolítására vonatkozó kötelezettség teljesítése (belépő minőségbiztosítási hívás), melynek során a Biztosítók meggyőződnek arról, hogy az Ügyfél tisztában van a biztosítási alapú befektetési termékre vonatkozó biztosítási szerződés megkötésével, hosszú távon vállalt – akár rendszeres – kötelezettségeivel, valamint arról, hogy az ajánlat az Ügyfél ügyleti akaratát helyesen tartalmazza-e. Ennek során a Biztosítók a hangfelvételt rögzítik, amelynek célja a telefonon megtett nyilatkozat tartalmának visszaidézése, a nyilatkozó személyének és a nyilatkozattétel időpontjának azonosítása a beszélgetésben résztvevők jogainak megóvása.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítókra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a Magyar Nemzeti Bank 10/2024. (IX.24.) számú ajánlása keletkezteti.	Érintettel folytatott telefonbeszélgetés hangfelvétele, amely az alábbi adatokat tartalmazhatja: név, irányítószám, telefonszám, a beazonosításhoz szükséges egyéb személyes adatok, az adatkezelési cél teljesítése során rögzített személyes adatok.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.

A biztosítási alapú befektetési termék-re vonatkozó biztosítási szerződés visszavásárlására, díjmentesítésére vagy – amennyiben lehetséges – díjszüneteltetésére irányuló, a Biztosítók által meghatározott módon és formában benyújtott kérelem esetén a Biztosítók minőségbiztosítási célokat szolgáló telefonhívás lebonyolítására vonatkozó kötelezettsége (kilépő minőségbiztosítási hívás). Ennek alkalmával a Biztosítók megbizonyosodnak arról, hogy az Ügyfél a valóságnak megfelelő információk birtokában, szándékaival ellentétes biztosításértékesítői ráhatástól mentesen előterjesztett kérelmével kezdeményezte a szerződése visszavásárlását, díjmentesítését vagy díjszüneteltetését és e körben tisztában van a szerződés idő előtt történő visszavásárlásával, díjmentesítésével vagy díjszüneteltetésével kapcsolatban felmerülő valamennyi költséggel és egyéb hátrányos következménnyel: a) az Ügyfél a visszavásárlás összegét másik szerződésre kéri teljesíteni, vagy b) az Ügyfél rendelkezik fél éven belül kötött másik IBIP szerződéssel. Ennek során a Biztosítók a hangfelvételt rögzítik, amelynek célja a telefonon megtett nyilatkozat tartalmának visszaidézése, a nyilatkozó személyének és a nyilatkozattétel időpontjának azonosítása a beszélgetésben résztvevők jogainak megóvása.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítókra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a Magyar Nemzeti Bank 10/2024. (IX.24.) számú ajánlása keletkezteti.	Érintettel folytatott telefonbeszélgetés hangfelvétele, amely az alábbi adatokat tartalmazhatja: név, irányítószám, telefonszám, a beazonosításhoz szükséges egyéb személyes adatok, az adatkezelési cél teljesítése során rögzített személyes adatok.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.
A biztosítási szerződés módosításával, a változás bejelentési kötelezettség teljesítésével, illetve a szerződést érintően tett egyéb nyilatkozatokkal, valamint az ügyfelek egyéb, biztosítási szerződésükkel összefüggő ügyintézéssel kapcsolatos telefonhívásainak rögzítése érdekében történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) – A szerződés teljesítése.	Az Érintettel folytatott telefonbeszélgetés hangfelvétele, amely tartalmazza különösen az Érintett nevét, irányítószámát, telefonszámát, beazonosításhoz szükséges adatait, a telefonbeszélgetés során az Érintett által megadott személyes adatokat.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.

A Biztosító ügyfeleinek állományápolási célból történő telefonos megkeresése során hangfelvétel rögzítése, amelynek célja a telefonon keresztül megtett nyilatkozat tartalmának visszaidézése, a nyilatkozó személyének és a nyilatkozattétel időpontjának azonosítása a beszélgetésben résztvevők jogainak megóvása érdekében	GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) – az Érintett hozzájárulása. Amennyiben az Érintett visszavonja hozzájárulását, úgy az adatkezelés jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke.	Az Érintettel folytatott telefonbeszélgetés hangfelvétele, amely tartalmazza különösen az Érintett nevét, irányítószámát, telefonszámát, beazonosításhoz szükséges adatait, a telefonbeszélgetés során az Érintett által megadott személyes adatokat.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában, a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.
Az Érintettnek díj megfizetésével kapcsolatosan tett intézkedéseire vonatkozó telefonhívások rögzítése érdekében történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – A Biztosító jogos érdeke. A Biztosító jogos érdeke, hogy az Érintett nyilatkozatait megfelelően rögzítse a rendszereiben, hogy annak figyelembevételével érdemi döntést hozhasson, illetve jogait érvényesíthesse, kötelezettségeit teljesíthesse.	Az Érintettel folytatott telefonbeszélgetés hangfelvétele, amely tartalmazza különösen az Érintett nevét, irányítószámát, telefonszámát, beazonosításhoz szükséges adatait, a telefonbeszélgetés során az Érintett által megadott személyes adatokat.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.
A Biztosító által nyújtott szolgáltatás minőségének, illetve a jogszabályoknak, szerződési feltételekben foglalt kötelezettségeknek való megfelelésének a Károsultak, szolgáltatásra jogosultak telefonon történő megkeresése útján történő ellenőrzése érdekében történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – A Biztosító jogos érdeke. A Biztosító jogos érdeke, hogy az Érintett nyilatkozatait megfelelően rögzítse a rendszereiben, hogy annak figyelembevételével az esetleges hibák kijavítására intézkedéseket tehessen, a szolgáltatás minőségét folyamatosan emelje, illetve jogait érvényesíthesse, kötelezettségeit teljesítse.	Az Érintettel folytatott telefonbeszélgetés során rögzített hangfelvétel, amely különösen az alábbi adatokat tartalmazhatja: név, irányítószám, telefonszám, a beazonosításhoz szükséges egyéb személyes adatok, az adatkezelési cél teljesítése során rögzített személyes adatok.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.
Az ügyfelek azonosítása a telefonhívások, a biztosítási titok, valamint a személyes adatok védelme érdekében	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) – a Biztosító jogos érdeke.	Az azonosításhoz a Biztosító az alábbi adatokat használja: név, szerződésszám és/vagy kárszám, születési idő és hely, anyja neve.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető, de legalább a szerződés megszűnésétől számított 5 évig.

5.6.6. Az örökösök, hagyatéki eljárással érintett hozzátartozók adatainak kezelése			
Az adatkezelés megnevezése és célja	**Az adatkezelés jogalapja**	**A kezelt adatok köre**	**Az adatok tárolásának időtartama**
Az elhunyt szerződő féllel, illetve Biztosítottal kapcsolatba hozható adatok tekintetében az Érintett jogainak az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult általi gyakorlása érdekében történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit. 143. § (4) bekezdése keletkezteti.	A szerződéssel kapcsolatos adatok, a Biztosító jogi kötelezettségének teljesítéséhez szükséges és az örökös, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult által rendelkezésre bocsátott adatok.	Ameddig az örökösi jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, de legalább a biztosítási jogviszony megszűnésétől számított 8 év.
A biztosítási jogviszonyban szereplő fél (pl.: Szerződő, Biztosított) elhalálozása esetén a halál tényének igazolása érdekében történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget az anyakönyvi eljárásról szóló 2010. évi I. törvény 73/A. § (1) és (5) bekezdés, továbbá a hagyatéki eljárásról szóló 2010. évi XXXVIII. törvény 79–92. §, 101–102. § keletkezteti.	Halotti anyakönyvi kivonat, jogerős hagyatéki végzés vagy öröklési bizonyítvány, hagyatéki ügyben eljáró közjegyző megkeresése, a halál tényére hivatkozó jogerős bírósági határozat és az ezekben foglalt személyes adatok.	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető.
A jogosult részére történő többlet díj visszafizetése érdekében történő adatkezelés	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit. 143. § (4) bekezdése, továbbá a hagyatéki eljárásról szóló 2010. évi XXXVIII. törvény 79–92. § 101–102. § keletkezteti.	Jogerős hagyatéki eljárást lezáró határozat (hagyatékátadó végzés), öröklési bizonyítvány és az ezekben foglalt személyes adatok	A biztosítási jogviszony fennállásának időszakában; a biztosítási jogviszony megszűnését követően pedig addig kezelhetők, míg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatosan igény érvényesíthető. A Számviteli törvényben foglalt kötelezettségek teljesítéséhez szükséges adatokat legalább a szerződés megszűnésétől számított 8 évig szükséges kezelni.
A hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomás szerzés napjáig az elhunyt Szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt Szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére – annak írásbeli kérelmére – történő adatszolgáltatás érdekében történő adatkezelés.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit. 143. § (5) bekezdése keletkezteti.	A Kérelmező által a Biztosító rendelkezésére bocsátott okiratok, dokumentumok és az azokban foglalt személyes adatok.	Az adatszolgáltatást követően addig, ameddig a biztosítási szerződés alapján igény érvényesíthető, de legalább 5 évig.

A hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény Biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok Biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési feltételekről az elhunyt Biztosított közeli hozzátartozója részére – annak írásbeli kérelmére – történő adatszolgáltatás érdekében történő adatkezelés.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Bit. 143. § (5) bekezdése keletkezteti.	A Kérelmező által a Biztosító rendelkezésére bocsátott okiratok, dokumentumok és az azokban foglalt személyes adatok.	Az adatszolgáltatást követően addig, ameddig a biztosítási szerződés alapján igény érvényesíthető, de legalább 5 évig.

5.7 A Biztosító adatkezelésével kapcsolatos további rendelkezés

A szerződés megkötéséhez, fenntartásához, teljesítéséhez szükséges személyes adatok megadásának hiányában a Biztosító a szerződés megkötését, valamint szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

Az Érintett hozzájárulásának hiányában szerződés nem jöhet létre, szolgáltatás nem teljesíthető azon esetekben, ahol különleges adatok szerepelnek.

Amennyiben az Érintett nem adja meg a Biztosítónak a kárrendezéshez szükséges személyes adatait, előfordulhat, hogy a Biztosító a kárrendezést nem tudja lefolytatni, aminek eredményeként a szolgáltatás nyújtását a biztosítási szerződésben, illetve jogszabályban rögzített esetekben a Biztosító megtagadhatja.

Az Adatkezelő az Érintettől származó és személyes adatnak nem minősülő adatokat az Érintett azonosítására nem alkalmas, anonim módon a mesterséges intelligencia alapú termékajánláshoz, illetve annak fejlesztéséhez használja.

5.8 Az adattovábbítás címzettjei, illetve címzettek kategóriái

A személyes adatokat és az azokhoz kapcsolódó biztosítási titoknak minősülő információkat a Biztosító a vonatkozó adatkezelési célhoz kapcsolódó hozzáférési jogosultságokkal rendelkező munkavállalói, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Biztosító részére szolgáltatási szerződések alapján adatfeldolgozási tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, akik ezen adatokhoz csak a Biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges mértékben férhetnek hozzá.

A Biztosító az adatkezelések során adatfeldolgozókat, illetve kiszervezett tevékenységet végző szolgáltatókat vesz igénybe erre irányuló szolgáltatási szerződések keretében. Az adatfeldolgozók a Biztosító megbízásából és utasítása szerint kezelik az Érintett – Biztosító által átadott, vagy a Biztosító megbízásából általuk beszerzett vagy adatfeldolgozói minőségükben tudomásukra jutott – személyes adatait, aminek során a személyes adatokról döntést nem hozhatnak.

Ezen adatfeldolgozók, címzettek, kategóriák szerint az alábbiak:

- belföldi és az Európai Gazdasági Térségről szóló Egyezményben részes tagállamban lévő viszontbiztosítók,
- elektronikus adatfeldolgozó szolgáltatók,
- informatikai (rendszerkarbantartó, üzemeltető) szolgáltatók,
- információbiztonsági és szoftverfejlesztési szolgáltatók,
- kárrendező és kárszakértő szolgáltatók,
- kárrendezés során eljáró magánnyomozók,
- kockázat elbírálásban és kárrendezés során eljáró orvos szakértők,

- kárrendezésben és díjbehajtásban résztvevő ügyvédek, ügyvédi irodák, követelésbehajtók,
- vagyonkezelők, nyomdai szolgáltatók,
- biztosításközvetítők.

A kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozók aktuális listáját az Adatkezelő a hivatalos honlapján (www.cigpannonia.hu) és ügyfélszolgálatán (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület) közzéteszi.

A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni továbbá mindazon személyek vagy szervezetek is, akikkel vagy amelyekkel szemben a Biztosító biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége nem áll fenn. Az adattovábbítás címzettjei lehetnek különösen

- a veszélyközösségbe tartozó biztosítók,
- a Bit. 138–139. §-ában felsorolt személyek és szervezetek, pl. bíróságok, hatóságok, hatáskörtől függően felügyeleti hatóságok,
- viszontbiztosítók.

5.8.1 A biztosításközvetítők szerepe

A biztosítási szerződések megkötése, fenntartása és teljesítése során a Biztosító biztosításközvetítők (függő ügynökök, azok közvetítői, alvállalkozói) közreműködésével is eljár. A Biztosító által igénybe vett, eljárni jogosult biztosításközvetítők nevéről és címéről a Magyar Nemzeti Bank függő biztosításközvetítőkre vonatkozó nyilvántartásában (https://intezmenykereso.mnb.hu/) érhető el tájékoztatás.

A független biztosításközvetítő önálló, a Biztosítótól független adatkezelő, aki, illetve amely a biztosítási szerződés létrejötte, fenntartása, teljesítése érdekében továbbítja az ügyfelek személyes adatait a Biztosító részére. A független biztosításközvetítőtől érkező személyes adatokat a Biztosító az Adatkezelési tájékoztatóban foglaltak szerint, önálló adatkezelőként kezeli.

5.9 Harmadik országba történő adattovábbítás

Harmadik országba a Biztosító kizárólag abban az esetben továbbítja az Érintett adatait, ha a biztosítási szerződésével kapcsolatos szolgáltatás teljesítése miatt az szükséges és a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak az adattovábbítás megfelel, illetve ennek hiányában az ügyfél ahhoz írásban hozzájárult. Így különösen, ha a károkozás vagy károsodás harmadik országban történt, vagy felelősségbiztosítás esetében a Károsult harmadik országbeli, és a szolgáltatás teljesítéséhez ez szükséges, vagy az Érintett külföldön egészségügyi ellátásban való részesülése, illetve szolgáltatás külföldön történő igénybe vétele érdekében ez szükséges.

Az Érintettet az ilyen adattovábbításról a Biztosító minden esetben tájékoztatja. A Biztosító kizárólag abban az esetben továbbítja az Érintett adatait harmadik országba, ha az megfelelő garanciákkal rendelkezik (pl. kötelező erejű vállalati szabályok, vagy a Bizottság által elfogadott általános adatvédelmi kikötések). Ha az adattovábbítással kapcsolatban az Érintettnek kérdése merül fel, vagy felvilágosítást kér, akkor a Biztosító székhelyén vagy a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez címzett levélben, vagy a jog@cig.eu e-mail címre írt levélben – a megfelelő azonosítást követően – teheti meg.

5.10 Adatbiztonsági intézkedések

A Biztosító gondoskodik az adatok megfelelő szintű biztonságáról, kialakítja azokat a technikai, szervezési és adminisztrációs szabályokat, amelyek az általa kezelt személyes adatok védelme érdekében szükségesek, és amelyek GDPR-ban, valamint egyéb adatkezelésre vonatkozó jogszabályban foglalt adatbiztonsági követelmények teljesítése érdekében szükségesek. A Biztosító a tudomására jutott személyes adatokat védi, különösen a jogosulatlan hozzáférés, megváltoztatás, továbbítás, nyilvánosságra hozatal, törlés vagy megsemmisítés, valamint a véletlen megsemmisülés és sérülés, továbbá az alkalmazott technika megváltozásából fakadó hozzáférhetetlenné válás ellen, a védelmet a GDPR előírásainak megfelelően biztosítja. A Biztosító által történő adatkezelés biztonságát belső szabályzatok rendezik. Az előírások értelmében a Biztosító az általa kezelt adatokat biztonsági osztályokba sorolja. A Biztosító által alkalmazott besorolási rendszer az adatokat csoportosítja, és az adatbiztonsági osztályokhoz rendelten megadja, hogy milyen egyedi védelmi intézkedésre van szükség.

5.11 Automatizált döntéshozatal, profilalkotás és az automatizált döntéshozatallal kapcsolatos érintetti jogok

Kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással az Érintett személyes jellemzőinek értékelésére, és annak alapján hozott döntés érvényesítésére csak akkor kerülhet sor, ha ahhoz az Érintett kifejezetten hozzájárult, vagy az a szerződés megkötése vagy teljesítése érdekében szükséges, vagy azt jogszabály lehetővé teszi. Nem minősül automatizált egyedi döntésnek az olyan döntési folyamat, melyben a Biztosító döntésre jogosult munkavállalói személyes mérlegelést követően hozzák meg a végső döntést. Az automatizált döntéshozatalt, ideértve a profilalkotást is, a Biztosító nem alapozhatja a személyes adatok különleges kategóriáira.

Az Adatkezelő a biztosítási ajánlat elfogadásáról és a szerződéskötésről automatizált kockázatelbírálás során dönthet, melynek eredménye a szerződés létrejötte lehet. Amennyiben az ajánlatban megadott adatok alapján az automatizált kockázatelbírálásra és a szerződés automatizált létrehozására nincs lehetőség, az Adatkezelő a kockázatelbírálást emberi beavatkozással végzi el. Automatizált eljárásban dönthet továbbá az Adatkezelő a biztosítási szerződésben foglaltak szerinti időszakonként és alkalommal, a szerződési feltételekben foglaltak alapján az indexálásról, amelyről a szerződő részére értesítést küld. Az ajánlatban, illetve a szerződésben foglalt adatokat a Biztosító kockázati és egyéb üzleti szempontok alapján értékeli, amely alapján hozott döntés hatással lehet az ajánlat automatikus elfogadására, a szerződés automatikus létrehozására vagy a kockázatelbírálás emberi beavatkozással zajló útra való terelésére, illetve a biztosítási fedezetek díjára.

Profilalkotásnak minősül a személyes adatok automatizált kezelésének bármely olyan formája, amelynek során a személyes adatokat valamely természetes személyhez fűződő bizonyos személyes jellemzők értékelésére – különösen a munkahelyi teljesítményhez, gazdasági helyzethez, egészségi állapothoz, személyes preferenciákhoz, érdeklődéshez, megbízhatósághoz, viselkedéshez, tartózkodási helyhez vagy mozgáshoz kapcsolódó jellemzők elemzésére vagy előrejelzésére – használják.

Amennyiben az Érintett a közvetlen üzletszerzési célú megkeresésekhez hozzájárul, az Adatkezelő által profilalkotásra kerül sor annak érdekében, hogy az Érintett számára megfelelő biztosítási termék ajánlására kerülhessen sor. A profilalkotás ellen bármikor a tiltakozáshoz való jog gyakorolható.

Az Érintett automatizált döntéshozatallal kapcsolatos jogai és a tiltakozásra vonatkozó rendelkezések az 5.12.1. g) pontban találhatók.

5.12 Érintetti joggyakorlás

Amennyiben az adatkezelés az Érintett hozzájárulásán alapul, az Érintett jogosult a hozzájárulást bármely időpontban, feltétel nélkül visszavonni. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a visszavonást megelőző, hozzájáruláson alapuló adatkezelés jogszerűségét.

Felhívjuk azonban a figyelmet arra, hogy a szerződés fenntartásához, illetve teljesítéséhez szükséges egészségügyi adatokkal kapcsolatban megadott hozzájárulás visszavonása esetén a Biztosító megtagadhatja a szolgáltatás nyújtását.

Az Érintett az általános adatvédelmi rendelet 15–22. cikkei szerinti jogait és esetlegesen a hozzájárulása visszavonásához való jogát a Biztosító székhelyén (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B. épület) írásbeli nyilatkozattal, a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez címzett levélben (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325.) vagy elektronikus úton a jog@cig.eu e-mail címre megküldött levélben az azonosítását követően gyakorolhatja. Az azonosításhoz a Biztosító az alábbi adatokat használhatja: név, szerződésszám és/vagy kárszám, születési idő és hely, anyja neve, állandó lakcím, e-mail cím, mobil telefonszám. Ha a Biztosítónak megalapozott kétségei vannak a kérelmet benyújtó természetes személy kilétével kapcsolatban, további, az Érintett azonosításához szükséges információk nyújtását kérheti.

A Biztosító indokolatlan késedelem nélkül, de legkésőbb az Érintett kérelme beérkezésétől számított egy hónapon belül tájékoztatja az Érintettet az általános adatvédelmi rendelet 15–22. cikk szerinti kérelmei alapján hozott intézkedésekről. Szükség esetén, figyelembe véve a kérelem összetettségét és a kérelmek számát, ez a határidő további két hónappal meghosszabbítható. A Biztosító a határidő meghosszabbításáról a késedelem okainak megjelölésével a kérelem kézhezvételétől számított egy hónapon belül tájékoztatja az Érintettet.

Ha a Biztosító nem tesz intézkedéseket az Érintett kérelme nyomán, késedelem nélkül, de legkésőbb a kérelem beérkezésétől számított egy hónapon belül tájékoztatja az Érintettet az intézkedés elmaradásának okairól, valamint arról, hogy az Érintett panaszt nyújthat be az illetékes hatóságnál, illetve élhet bírósági jogorvoslati jogával.

A Biztosító az érintetti jogosultság gyakorlásával kapcsolatban hozott intézkedést díjmentesen biztosítja. Ha az Érintett kérelme egyértelműen megalapozatlan vagy – különösen ismétlődő jellege miatt – túlzó, a Biztosító – figyelemmel a kért információ, vagy tájékoztatás nyújtásával vagy a kért intézkedés meghozatalával járó adminisztratív költségekre – észszerű összegű díjat számíthat fel, vagy megtagadhatja a kérelem alapján történő intézkedést.

5.12.1 Érintett jogai

a) Hozzáférési jog

Az Érintett jogosult arra, hogy kérésére a Biztosítótól visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak kezelése folyamatban van-e, és ha ilyen adatkezelés folyamatban van, akkor jogosult arra, hogy a személyes adatokhoz és az alábbi információkhoz hozzáférést kapjon:

- az adatkezelés céljai;
- személyes adatok kategóriái;
- azon címzettek vagy címzettek kategóriái, akikkel, illetve amelyekkel a személyes adatokat közölték vagy közölni fogják, ideértve különösen a harmadik országbeli címzetteket, illetve a nemzetközi szervezeteket;
- adott esetben a személyes adatok tárolásának tervezett időtartama, vagy ha ez nem lehetséges, ezen időtartam meghatározásának szempontjai;
- az Érintett azon joga, hogy kérelmezheti a Biztosítótól a rá vonatkozó személyes adatok helyesbítését, törlését vagy kezelésének korlátozását, és tiltakozhat az ilyen személyes adatok kezelése ellen;
- a felügyeleti hatósághoz címzett panasz benyújtásának joga;
- ha az adatokat nem az Érintettől gyűjtötték, a forrásukra vonatkozó minden elérhető információ;
- automatizált döntéshozatal ténye, ideértve a profilalkotást is, valamint legalább ezekben az esetekben az alkalmazott logikára és arra vonatkozó érthető információk, hogy az ilyen adatkezelés milyen jelentőséggel bír, és az Érintettre nézve milyen várható következményekkel jár.

Ezen felül, ha a személyes adatoknak harmadik országba vagy nemzetközi szervezet részére történő továbbítására került sor, az Érintett jogosult arra, hogy tájékoztatást kapjon a továbbításra vonatkozóan a GDPR 46. cikke szerinti megfelelő garanciákról.

Amennyiben az Érintett elektronikus úton nyújtotta be a kérelmet, a másolatot – főszabály szerint – „széles körben használt elektronikus formátumban" kell átadni az adatalany részére.

Megtagadható a hozzáférés iránti kérelem teljesítése, ha a kérelem egyértelműen megalapozatlan vagy – különösen ismétlődő jellege miatt – túlzó. Nyilvánvalóan megalapozatlan lehet a kérelem, ha a Biztosító nem kezeli az Érintett személyes adatait, ha a kérelmet nem az Érintett vagy igazolt meghatalmazottja nyújtotta be. Túlzó a kérelem akkor, ha az Érintett személyes adataiban, valamint az adatkezelés körülményeiben sem állt be érdemi változás, ugyanakkor többször kér hozzáférést a Biztosítótól.

Amennyiben az Érintett jelen pont szerinti hozzáférési joga hátrányosan érinti mások jogait és szabadságait, így különösen mások üzleti titkait, vagy szellemi tulajdonát, a Biztosító jogosult az Érintett kérelmének teljesítését szükséges és arányos mértékben megtagadni.

b) Helyesbítéshez való jog

A Biztosító az Érintett kérésére késedelem nélkül helyesbíti az Érintettre vonatkozó, általa kezelt pontatlan személyes adatokat. Az adatok megfelelőségét a Biztosító jogosult ellenőrizni és indokolt esetben az Érintettet felhívni arra, hogy a kérelme Biztosító általi teljesítése érdekében a pontosított adatot megfelelő módon – elsősorban megfelelő okirattal – igazolja.

c) A törléshez és az elfeledtetéshez való jog

A Biztosító az általános adatvédelmi rendelet 17. cikke alapján az ott meghatározott esetekben az Érintett kérésére, illetve külön kérés nélkül is, késedelem nélkül törli az Érintett általa kezelt adatait, ha:

- a személyes adatokra már nincs szükséges abból a célból, amelyből a Biztosító azokat kezelte;
- az Érintett tiltakozik a Biztosító jogos érdekén alapuló adatkezelése ellen, és nincs a Biztosító számára olyan kényszerítő erejű jogos ok, amely elsőbbséget élvez az Érintett érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak;
- az Érintett visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását és az adatkezelésnek nincs más jogalapja;
- a törlést a Bíróság vagy a NAIH elrendelte;
- az Érintett személyes adatait a Biztosító jogellenesen kezelte;
- a magyar vagy Európai Uniós jogszabály által a Biztosítóra előírt kötelezettség teljesítése érdekében a személyes adatokat a Biztosítónak törölnie kell.

Ha az Érintett a Biztosító által nyilvánosságra hozott személyes adatai törlését kéri, akkor a Biztosító megtesz minden észszerűen elvárható lépést annak érdekében, hogy tájékoztassa az Érintett adatait kezelő további adatkezelőket arról, hogy az Érintett kérte az adatai törlését.

Az Érintett kérése ellenére sem törölheti a Biztosító az Érintett személyes adatait, ha az adatkezelés

- a véleménynyilvánítás szabadságához és a tájékozódáshoz való jog gyakorlásához;
- a magyar vagy Európai Uniós jogszabály által a Biztosítóra telepített, személyes adatok kezelésére irányuló kötelezettség teljesítéséhez;
- közérdekből vagy a Biztosítóra ruházott közhatalmi jogosítvány gyakorlása keretében végzett feladat végrehajtásához;
- a népegészségügy területét érintő közérdek megvalósításához;
- közérdekű archiválás céljából, tudományos és történelmi kutatási célból vagy statisztikai célból (feltéve, hogy az Érintett elfeledtetéshez való jogának gyakorlása következtében valószínűsíthetően lehetetlenné vagy komolyan veszélyeztetetté válna ez az adatkezelés);
- jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez szükséges.

Az egyes adatkezelési tevékenységekre vonatkozó adatmegőrzési időtartam a 5.6. pontban kerül meghatározásra.

d) Adatkezelés korlátozásához való jog

Az Érintett jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító az adatkezelést korlátozza, ha az alábbiak valamelyike teljesül:

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

Ha az adatkezelés korlátozás alá esik, az ilyen személyes adatokat a tárolás kivételével csak az Érintett hozzájárulásával, vagy jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez, vagy más természetes vagy jogi személy jogainak védelme érdekében, vagy az Európai Unió, illetve valamely tagállam fontos közérdekéből lehet kezelni. A Biztosító az Érintettet az adatkezelés korlátozásának feloldásáról előzetesen tájékoztatja.

e) Adathordozhatósághoz való jog

Az általános adatvédelmi rendelet 20. cikkével összhangban a Biztosító – a szerződésen vagy hozzájáruláson alapuló automatizált módon történő adatkezelés esetén – az Érintett kérésére, az Érintettre vonatkozó, és korábban általa a Biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban kiadja az Érintett részére, illetve az Érintett kérésére – ha az technikailag megvalósítható – az ilyen adatokat egy másik adatkezelőnek közvetlenül továbbítja.

f) Tiltakozáshoz való jog

Az Érintett jogosult tiltakozni a személyes adatai kezelése ellen, ha

- az adatkezelés jogos érdeken alapul;
- a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik;
- az előző pontokon alapuló profilalkotás ellen.

Ebben az esetben a Biztosító a személyes adatokat nem kezelheti tovább és azokat köteles törölni, kivéve, ha a Biztosító bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az Érintett érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.

Ha az Érintett a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen tiltakozik, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők. Az ilyen módon történő adatkezelés ellen az Érintett bármikor, feltétel és indokolás nélkül tiltakozhat.

g) Automatizált döntéshozatallal kapcsolatban gyakorolható jogok

Az Érintett jogosult arra, hogy ne terjedjen ki rá az olyan, kizárólag automatizált adatkezelésen – ideértve a profilalkotást is – alapuló döntés hatálya, amely rá nézve joghatással járna, vagy őt hasonlóképpen jelentős mértékben érintené.

A fenti bekezdés nem alkalmazandó abban az esetben, ha a döntés:

a) az Érintett és a Biztosító közötti szerződés megkötése vagy teljesítése érdekében szükséges;
b) meghozatalát a Biztosítóra alkalmazandó olyan uniós vagy tagállami jog teszi lehetővé, amely az Érintett jogainak és szabadságainak, valamint jogos érdekeinek védelmét szolgáló megfelelő intézkedéseket is megállapít; vagy
c)az Érintett kifejezett hozzájárulásán alapul.

Az automatizált döntéshozatallal (ideértve a profilalkotást is) kapcsolatban az Érintett az alábbiakban felsorolt jogokkal rendelkezik:

- jogosult emberi beavatkozást kérni a Biztosító telefonos Ügyfélszolgálatán keresztül a +36 1 5 100 100 telefonszámon, vagy a személyes Ügyfélszolgálaton (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület földszint) vagy a biztosításközvetítőnél;
- kifejtheti álláspontját vagy kifogást nyújthat be a fenti elérhetőségeken kívül a Biztosító székhelyére, a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez címzett, az 1. pontban rögzített elérhetőségek valamelyikért küldött levélben;
- a döntéssel szemben kifogást nyújthat be.

5.13 Panaszbenyújtás joga

Az Érintett a Biztosító bármely adatkezelési tevékenységével kapcsolatban panasszal élhet. Az Érintett részére az adatvédelmi panasszal, illetve annak megválaszolásával kapcsolatosan díj nem számolható fel.

5.14 Jogorvoslat

Az Érintett jogosult **panaszt tenni a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál** (1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11., levélcím: 1363 Budapest, Pf. 9.; e-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu; www.naih.hu) vagy a szokásos tartózkodási helye, a munkahelye vagy a feltételezett jogsértés helye szerinti tagállam adatvédelmi felügyeleti hatóságánál, ha az Érintett megítélése szerint személyes adatainak kezelése sérti az általános adatvédelmi rendeletet, vagy ha az Adatkezelő, illetve az általa megbízott Adatfeldolgozó az Érintett személyes adatait más, a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályban vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusában meghatározott előírások megsértésével kezeli. Ha a Hatóság nem foglalkozik a panasszal, vagy három hónapon belül nem tájékoztatja az Érintettet a panasszal kapcsolatos eljárási fejleményekről vagy annak eredményéről, az Érintett bírósági jogorvoslatra jogosult. A Hatósággal szembeni, előző okból indított eljárást a felügyeleti hatóság székhelye szerinti tagállam bírósága előtt kell megindítani.
Az Érintett a fenti esetekben jogosult **bírósághoz is fordulni** jogorvoslat érdekében. Magyarországon az Érintett a pert lakóhelye, tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindíthatja.
A Reklámtörvény megsértése esetén továbbá főszabályként az információs társadalommal összefüggő szolgáltatás és az elektronikus hírközlés útján megvalósuló reklám tekintetében a **Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság** (székhelye: 1015 Budapest, Ostrom u. 23-25., levélcím: 1525. Pf. 75., e-mail cím: info@nmhh.hu) jár el.

5.15 A jelen tájékoztató módosíthatósága

A Biztosító jogosult a jelen tájékoztatót egyoldalúan módosítani. A módosításról a Biztosító az Érintettet legkésőbb a hatálybalépés napját megelőző munkanapon, az Ügyfélszolgálaton történő kifüggesztés és az Adatkezelő hivatalos honlapján (www.cigpannonia.hu) történő közzététel útján értesíti.

6 A BIZTOSÍTÁSI TITOKKAL KAPCSOLATOS RENDELKEZÉSEK

A Bit. szerint biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a Károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A Biztosító tevékenységére, valamint a biztosítási titokra vonatkozó Bit. alkalmazásakor a mindenkor hatályos teljes jogszabályszöveget kell figyelembe venni.

A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

A Biztosító vagy viszontbiztosító, saját, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat – a Bit.-ben meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha

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

- a Bit. alapján titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- a Biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,
- továbbá a biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

a) a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal,

b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,

c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,

d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,

e) a törvényi felhatalmazás alapján adatközlésre felszólító adóhatósággal,

f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,

g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,

h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,

i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,

j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,

k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,

l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,

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

n) 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 szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a Károkozóval,

o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,

p) 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 biztosítóval, biztosításközvetítővel,

q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,

r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,

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

t) a lábon álló növénykultúrára kötött mezőgazdasági biztosítási szerződésekben szereplő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,

u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,

v) a Gfb. törvény szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal szemben,

w) a Hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (továbbiakban: Hpt.) meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában,

x) ha a Biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget,

y) magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,

z) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a Biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

A Biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy rob-

bantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A Bit. 138. § (6a) bekezdésében foglaltak szerinti adatkérés esetén a Biztosító vagy a viszontbiztosító az ügyészség engedélye, illetve az ügyfélre vagy a biztosítási szerződésre vonatkozó külön engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni.

Nem jelenti továbbá a biztosítási titok sérelmét az alábbi személyek, illetve szervezetek részére történő adattovábbítás:

a) ha Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a FATCA-törvény alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (továbbiakban: „Aktv.") 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki;

b) ha Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki;

c)a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása;

d) a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- ha a Biztosító ügyfele ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- ha – az ügyfél hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel;

e) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg;

f) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása;

g) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

A fenti e–g) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

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

A Biztosító – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá a fentieknek megfelelő megkeresésre a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés, illetve az adat átadása a Bit. 149. §-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít. A fentiekre abban az esetben kerülhet sor, ha a megkereső biztosító előzőekben írt jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került. A megkeresés során a Biztosító a Bit. 149–151. § rendelkezéseit köteles betartani.

A Biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig

a) az elhunyt Szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegyenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt Szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére;

b) azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény Biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok Biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési feltételekről az elhunyt Biztosított közeli hozzátartozója részére

– annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltathat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja. A közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő ezen adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítási titok sérelmét. A Biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően 5 évig, illetve – ha a Bit. 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a Bit. 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ A FÜGGŐ BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ FŐBB ADATAIRÓL

Hatályos: 2026. november 01.

Tisztelt Ügyfelünk!

Jelen biztosításközvetítés során az alábbiakban megjelölt biztosításközvetítő (továbbiakban: „Biztosításközvetítő") a lenti táblázat bal oldali oszlopában szereplő, az adott biztosítási termékkel egy sorban található biztosító (továbbiakban: „Biztosító") megbízásából biztosításközvetítést végző függő biztosításközvetítő ügynökként jár el, továbbá a jelen biztosítás közvetítésére a Biztosításközvetítő által igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló természetes személy (továbbiakban: „Üzletkötő") közreműködésével kerül sor.

Biztosításközvetítő (cég)neve: MVM Next Energiakereskedelmi Zrt.
Biztosításközvetítő székhelye: 1081 Budapest, II. János Pál Pápa tér 20.

A Biztosításközvetítő felügyeleti hatósága a **Magyar Nemzeti Bank.** A Biztosításközvetítő a Magyar Nemzeti Bank biztosításközvetítői nyilvántartásában aktív státuszúként feltüntetett függő biztosításközvetítő ügynök. A nyilvántartás ellenőrizhető a https://intezmenykereso.mnb.hu/ honlapon.

A Biztosításközvetítő **nem rendelkezik minősített befolyással** a lenti táblázat bal oldali oszlopában szereplő egyik biztosítóban sem. A lenti táblázatban szereplő biztosítók vagy azok anyavállalata(i) nem rendelkeznek minősített befolyással a Biztosításközvetítőben.

A Biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályokat mindenkor megtartva köteles eljárni. A Biztosításközvetítő és az Üzletkötő közvetítői tevékenysége során **okozott kárért a Biztosító felelős és a Biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni.** Ha Biztosításközvetítő több biztosító megbízása alapján végzi közvetítői tevékenységét, a közvetítői tevékenységével okozott kárért az a biztosító felelős és az a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során a Biztosításközvetítő a kárt okozta.

Azon biztosítók megnevezése, amelyek részére a Biztosításközvetítő jogosult függő biztosításközvetítő ügynöki tevékenységet végezni, valamint az egyes biztosítási termékek felsorolása, amelyek terjesztésére, közvetítésére a Biztosításközvetítő **biztosításközvetítői jogosultsága kiterjed:**

Biztosító	**Biztosítási termék**	**A Biztosításközvetítő a biztosítási termék közvetítése során**
CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.	Kockázati életbiztosítás (csoportos)	nem nyújt tanácsadást*
CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.	Balesetbiztosítás (csoportos)	nem nyújt tanácsadást*
CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.	Egészségbiztosítás (csoportos)	nem nyújt tanácsadást*
CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.	Számlavédelem biztosítás (csoportos)	nem nyújt tanácsadást*
CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.	Utasbiztosítás (csoportos)	nem nyújt tanácsadást*
CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.	Kiterjesztett garancia	nem nyújt tanácsadást*
CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.	Lakás asszisztencia	nem nyújt tanácsadást*
CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.	Gépjármű asszisztencia	nem nyújt tanácsadást*

*A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény szerint: „tanácsadás: a Biztosításközvetítő/Üzletkötő - saját kezdeményezésére vagy az Ügyfél kérésére megvalósuló - személyes ajánlása egy vagy több biztosítási termékre vonatkozóan"

A Biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenysége ellátása során a Biztosítót kizárólag a biztosítási tevékenységről szóló törvényben meghatározott mértékben és módon képviselheti, ezen túl **nem jogosult** a Biztosító nevében a szerződés megkötésére, az Ügyfél ajánlatának elfogadására, a biztosítási szerződés megkötését igazoló okirat kiállítására jognyilatkozatot tenni. A Biztosításközvetítő kizárólag a közvetített biztosítási szerződések megkötésének előkészítésére, elősegítésére jogosult. A Biztosításközvetítő és az Üzletkötő a biztosításközvetítői tevékenysége során **az Ügyféltől díjat vagy díjelőleget és a Biztosítótól az Ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vehet át.**

A Biztosításközvetítő a biztosításközvetítői tevékenységével kapcsolatban javadalmazásban részesül:

a) a Biztosításközvetítő nem közvetítői díj alapján dolgozik, vagyis javadalmazását **nem közvetlenül az Ügyféltől kapja;**

b) a Biztosításközvetítő a **Biztosítótól kapott jutalék alapján dolgozik,** vagyis a közvetített biztosítás szerződés biztosítási díja magában foglalja a Biztosításközvetítő és így az Üzletkötő javadalmazását is.

Fogyasztói panaszok, felügyeleti szerv, bíróság:

Az Ügyfél a Biztosításközvetítő és az Üzletkötő biztosításközvetítői magatartására, tevékenységére, vagy mulasztására vonatkozó panaszát az alábbiak szerint terjesztheti elő:

- személyesen írásban vagy szóban a Biztosító Ügyfélszolgálatán (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B ép. földszint)
- elektronikus úton (ugyfelszolgalat@cig.eu)
- telefonon (Általános Biztosító: +36-1/5100-100; Életbiztosító: +36-1/5100-200)
- telefax útján (+36-1/209-9007)
- levélben (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B ép.).

A panaszkezelési eljárás részletes szabályait (Panaszkezelési Szabályzat) megtalálja a www.cig.eu honlapon, valamint a szabályzat szövege megtalálható a Biztosító székhelyén (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B ép. földszint) működő ügyfélszolgálaton is.

A panasz megoldásának sikertelensége esetén az Ügyfél az alábbi lehetőségek közül választhat:

a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény („MNB tv.") szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének (pl. a Biztosító a panaszára 30 napon belül nem válaszolt) kivizsgálására a **Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ**jához fordulhat (ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina körút 6.; levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; telefon: +36-80/203-776; web: www.felugyelet. mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);

b) amennyiben az Ügyfél a Biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet és a panasz a biztosítási jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos, akkor
   - a **Pénzügyi Békéltető Testület** („PBT") előtt kezdeményezhet eljárást (székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9., ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina körút 6.; levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172.; telefon: +36-80/203-776; web: www.penzugyibekeltetotestulet.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu), vagy
   - a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a Biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését. Amennyiben az Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak, a Biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a polgári perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást.

TÁVÉRTÉKESÍTÉSI TÁJÉKOZTATÓ TERMÉSZETES SZEMÉLY FOGYASZTÓK RÉSZÉRE

az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt-vel kötött csoportos egészségbiztosítás vonatkozásában

Hatályos: 2026. november 01.

Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el az alábbi tájékoztatót és a biztosítási szerződésre vonatkozó Biztosítási Feltételeket! Kifejezetten felhívjuk szíves figyelmét, hogy jelen Távértékesítési Tájékoztató nem teljes-körű, az **CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.** szolgáltatására vonatkozó szerződési feltételeket a Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

1. SZOLGÁLTATÓ

Név: **CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.**
Székhely és levelezési cím: 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület
Telefon: +36 1 5 100 200
Fax: +36 1 247 2021
E-mail cím: ugyfelszolgalat@cig.eu
Cégjegyzékszám: 01-10-045857;
Nyilvántartó bíróság: Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Fő tevékenységi kör: Életbiztosítás
Internetes elérhetőség: www.cigpannonia.hu

2. KÖZREMŰKÖDŐ

Cégnév (név): **MVM Next Energiakereskedelmi Zrt.**
Fő tevékenységi kör: 3523 Gázkereskedelem
Levelezési cím: 1081 Budapest, II. János Pál Pápa tér 20.
Telefon: +36 1 474 9999
E-mail cím: biztositas@mvm.hu, vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu
Internetes elérhetőség: www.mvmbiztositas.hu

3. FELÜGYELETI SZERV

Név: Magyar Nemzeti Bank („**MNB**")
Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.
Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina körút 6.
Levélcím: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.
Internetes elérhetőség: www.mnb.hu
E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu
Ügyfélszolgálati telefonszám: +36 80 203 776

4. SZOLGÁLTATÁS

A Biztosító biztosítási jogviszony létrejöttét, illetve a Biztosításhoz való csatlakozást követően a Biztosító biztosítási szolgáltatást nyújt a fogyasztó Biztosított („**Fogyasztó**") részére. A Távértékesítési Tájékoztató alkalmazásában Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy. A Biztosításra a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény („**Bit**."), a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény („**Ptk.**"), valamint a távollévők között kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2025. évi XCIX. törvény („**Távértékesítési Törvény**") rendelkezéseit kell alkalmazni.

A szolgáltatásra vonatkozó szerződéses feltételeket, így többek között
- a biztosítási jogviszony tárgyának lényeges jellemzőit,
- az ellenszolgáltatással kapcsolatos információkat – beleértve a szolgáltatáshoz kapcsolódó egyéb fizetési kötelezettségeket,
- az ellenszolgáltatáson kívül esetlegesen felmerülő Fogyasztót terhelő egyéb fizetési kötelezettségeket,
- a fizetési késedelem és a fizetés elmulasztásának következményeit,
- azt, ha az ellenszolgáltatás meghatározása automatikus döntéshozatal eredménye, a szolgáltatáshoz kapcsolódó eszközök esetleges különleges kockázatait, valamint azt, ha a szolgáltatás és ellenszolgáltatás a piac ingadozásától függ, illetve arról, hogy a múltbeli teljesítések nem jelentenek garanciát a jövőben várható teljesítésekre nézve,
- a megadott adatok érvényességének esetleges időbeli korlátozásait,
- a fizetés és teljesítés feltételeit,
- azt, ha a szolgáltatáshoz kapcsolódó befektetési stratégia környezeti vagy társadalmi tényezőket is tartalmaz,
- a biztosítási jogviszony legrövidebb időtartamát,
- A Biztosítás lejárata előtti egyoldalú megszüntetésének lehetősége és következményeire vonatkozó információt,

a vonatkozó Biztosítási Feltételek és a fenti jogszabályok tartalmazzák.
A távközlő eszköz használatával kapcsolatban a Biztosító a Fogyasztóval szemben többletköltséget nem érvényesít.
Az értékesített biztosítási termék tekintetében nincs olyan speciális garanciaalap, amelyhez a Fogyasztó kártérítésért fordulhat.

5. FELMONDÁS

Felmondási jog

A Fogyasztó – az alábbiakban meghatározott kivételekkel – **a biztosítási jogviszonyt a csatlakozást visszaigazoló levél kézhezvételének napjától számított 14 napon belül indokolás és hátrányos jogkövetkezmény nélkül azonnali hatállyal felmondhatja.** E határidőn túl benyújtott felmondás rendes felmondásnak minősül, továbbá, a Biztosított jogosult a biztosítási szerződést (biztosítotti jogviszonyát) a Biztosítási Feltételekben foglaltak szerint rendes felmondással megszüntetni.

A Biztosító a Felmondási jogot határidőben érvényesítettnek tekinti, ha a Fogyasztó erre vonatkozó nyilatkozatát a fent meghatározott határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon közli a Szerződővel.
A felmondás az alábbi módokon közölhető a Szerződővel:
- az mvmbiztositas.hu/biztositas-felmondas oldalon online,
- elektronikus úton az biztositas@mvm.hu vagy az ugyfelszolgalat@mvm.hu e-mail címre történő megküldéssel,
- az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. 1439 Budapest, Pf.: 700. postai címére történő megküldéssel.

A Fogyasztó felmondási jogának gyakorlása esetén jogosult a biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó egyéb olyan (szerződéses) jogviszonyt is felbontani (megszüntetni), amely a Biztosító által vagy egy harmadik fél és a Biztosító előzetes megállapodása alapján a harmadik fél által nyújtott szolgáltatásra vonatkozik.

Nem illeti meg a Fogyasztót Felmondási jog:

- a szerződésnek (biztosítási jogviszonynak) mindkét fél általi teljes körű teljesítését követően, amennyiben ez a Fogyasztó kifejezett kérése alapján történt.

A Felmondási idő meghosszabbodása:

- Ha a Fogyasztó a Távértékesítési tájékoztatót a csatlakozás visszaigazolásánál későbbi időpontban kapta meg, a fenti felmondási időt a Távértékesítési tájékoztató kézhezvételétől kell számolni, azonban az azonnali hatályú felmondási jog legfeljebb a csatlakozás napjától számított 1 év és 14 napos jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja. E korlátozás nem alkalmazandó, ha a Fogyasztó nem kapott tájékoztatást az azonnali hatályú Felmondási jogáról.

A Felmondásra nyitva álló határidő lejárta előtt a szolgáltatás teljesítése csak a Fogyasztó kifejezett hozzájárulását követően kezdhető meg. A Fogyasztó tudomásul veszi, hogy a biztosítási esemény bejelentése a szolgáltatás teljesítésére vonatkozó kifejezett hozzájárulásának minősül.

- Ha a Fogyasztó a Felmondási jogát gyakorolta, a Biztosító kizárólag a biztosítási jogviszonynak megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni. A Fogyasztó által fizetendő összeg nem haladhatja meg a már teljesített szolgáltatásért – a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatás egészéhez viszonyítottan – arányosan járó összeget, és nem lehet olyan mértékű, hogy szankciónak minősüljön. A Biztosító csak abban az esetben jogosult ezen összeg követelésére, ha igazolja, hogy a Fogyasztó részére a Távértékesítési Törvényben meghatározott Felmondási jogra vonatkozó tájékoztatást megadta.
- Ha a Felmondásra nyitva álló határidő a fenti bekezdések alapján meghosszabbodott, a Biztosító ameghosszabbítás időtartama alatt, azaz a törvénynek megfelelő tájékoztatás megadásáig teljesített szolgáltatás ellenértékét nem követelheti.
- Ha a Biztosító a teljesítést a Felmondási határidő lejárta előtt a Fogyasztó előzetes hozzájárulása nélkül kezdte meg, a Fogyasztóval szemben a fenti, szolgáltatás ellenértékének követelésére sem jogosult.
- A Biztosító köteles a Fogyasztó által fizetett pénzösszeget – a fenti, szolgáltatás ellenértékének összegének kivételével – a Felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül visszatéríteni.
- Fogyasztó köteles a Biztosító által kifizetett pénzösszeget a Felmondásról szóló nyilatkozatának elküldését követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül visszatéríteni.

6. JOGVITA

A biztosításból eredő jogvitákban a magyar Polgári Perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező magyar bíróság jár el. Jogvita esetén alkalmazandó eljárás:

Panaszok bejelentése
A Fogyasztó (ügyfél) a Biztosító szolgáltatásával, a biztosítási jogviszony megszűnésével, továbbá a Biztosító és a Biztosításközvetítő magatartásával, tevékenységével, vagy mulasztásával összefüggő panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

a) személyesen írásban vagy szóban a Biztosító akadálymentesített Ügyfélszolgálatán (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) a Biztosító honlapján (www.cigpannonia.hu) ügyfélfogadási időben munkanapokon,
b) elektronikus úton (panasz@cig.eu e-mail címen),
c) telefonon (a Biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámon: +36 (1) 5 100 200 munkanapokon Ügyfélszolgálati nyitvatartási idő alatt,
d) telefax útján (az alábbi telefax számon: +36 (1) 247 2021),
e) levélben (az alábbi címen: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület vagy 1476 Budapest, Pf. 325. postafiók címre küldött levél útján)

A panaszbeadványokon címzettként kérjük tüntesse fel a Panaszkezelés megnevezést is. A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.cigpannonia.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a Biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) is.

Jogorvoslati fórumok
A panasz megoldásának sikertelensége esetén (azaz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén) a Fogyasztónak minősülő Biztosított alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat, azaz az alábbi lehetőségek közül választhat:

a) amennyiben a Biztosított a Biztosítóhoz benyújtott panaszára adott **válasszal nem ért egyet és a panasz a biztosítási jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos,** akkor
   - a Pénzügyi Békéltető Testület („PBT") előtt kezdeményezhet eljárást (székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9., ügyfélszolgálat: 1122 Budapest Krisztina, körút 6.; levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172.; telefon: +36 (80) 203-776; web: www.penzugyibekeltetotestulet.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu), **vagy**
   - a Polgári Perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény szabályai szerint bírósághoz fordulhat;
b) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény („MNB tv.") szerinti **fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének** (pl. a **Biztosító** a panaszára **30 napon belül nem válaszolt**) kivizsgálására a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjához fordulhat (székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9., ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.; levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; telefon: +36 (80) 203-776; web: www.mnb.hu/fogyasztovedelem; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu).

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy a Biztosított az MNB tv. rendelkezései értelmében Fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat **kezdeményezését megelőzően a Biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.**
A panaszkezelés szempontjából nem minősül fogyasztónak pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a Biztosításközvetítő, illetve a Biztosító vagy Biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviseletében eljáró személy. A Fogyasztónak minősülő Biztosított a PBT, illetve az MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló „Kérelem" nyomtatvány megküldését igényelheti a Biztosítótól. A nyomtatványt a Biztosító igazolható módon, költségmentesen a Biztosított kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton haladéktalanul megküldeni köteles. A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján és az Ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben is.

Amennyiben a biztosítási jogviszonyával kapcsolatban bármilyen jellegű kérdése van, központi ügyfélszolgálatunk munkatársai készséggel állnak rendelkezésére.

Köszönjük, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával!
CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Zrt.