

TARTALOMJEGYZÉK

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei

1) Általános rendelkezések.....	2
2) Biztosítási esemény	2
3) Fogalmak.....	2
4) A szerződés létrejötte	3
5) Közlési kötelezettség	3
6) A biztosítás tartama.....	4
7) A biztosító szolgáltatása.....	4
8) Várakozási idő	4
9) Díjfizetés.....	4
10) A szerződés újra érvénybe helyezése (reaktiválás).....	5
11) Többlethozam	6
12) Visszavásárlás	6
13) Díjmentes leszállítás.....	6
14) Kötvénykölcson	6
15) A biztosítási esemény bejelentésének módja, határideje.....	6
16) A biztosító teljesítéséhez szükséges iratok	6
17) A biztosító mentesülése.....	7
18) Kockázatkizárások.....	7
19) Jognyilatkozatok, változás-bejelentési kötelezettség	8
20) Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók	8
21) A biztosítási szerződés megszűnése	11
22) Egyéb rendelkezések	11
23) A biztosító legfontosabb adatai.....	12

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei

1) Általános rendelkezések.....	13
2) Biztosítási esemény	13
3) Fogalmak.....	13
4) A biztosító szolgáltatása.....	13
5) A biztosítási díj felülvizsgálata és módosítása.....	14
6) A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok	14
7) A biztosító mentesülése.....	14
8) Kockázatkizárások	14
9) A biztosítási szerződés megszűnése	15
10) Egyéb rendelkezések	15
1. számú melléklet: A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokának megállapítása	16
2. számú melléklet: A műtétek és beavatkozások besorolása (kivonat)	17

A Best Doctors® Egészségbiztosítás Különös Feltételei

1) Bevezető rendelkezések.....	18
2) Definíciók	18
3) Biztosítási esemény	20
4) A biztosító szolgáltatása.....	20
5) Egészségi kockázatelbírálás, közlési kötelezettség.....	21
6) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett orvosi beavatkozások	21
7) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett költségek, kiadások	21
8) Kockázatkizárások.....	22
9) Várakozási idő	24
10) A biztosítás tartama	24
11) Díjfizetés.....	24
12) A biztosított kárenyhítési kötelezettsége	24
13) Kárfolyamat (a külföldi gyógykezelési szolgáltatás tekintetében).....	24
14) Visszkereseti jog.....	25
15) A biztosítási díj és a térítési összeghatárok felülvizsgálata és módosítása	26
16) Jogi nyilatkozat	26
17) Többlethozam	26
18) Visszavásárlás	26
19) Részleges visszavásárlás (biztosított kiléptetése).....	27
20) A biztosítási fedezet és a biztosítás megszűnése.....	27
21) Egyéb rendelkezések	27
1. számú melléklet.....	28
1) A külföldi gyógykezelési szolgáltatáshoz rendelt térítési összeghatárok.....	28
2) Best Doctors Egészségvonal	28
2. számú melléklet: Kármentességi bónusz.....	29
3. számú melléklet: Kiterjesztett szolgáltatások szerződési feltételei	30
4. számú melléklet: A Pannónia Ügyfélpórtál Szolgáltatás Szerződési Feltételei	31
1) A szolgáltatás meghatározása	31
2) A szolgáltatás igénylése.....	31
3) A szolgáltatás működése.....	31

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei

1) Általános rendelkezések

- a) Jelen feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: biztosító) életbiztosítási szerződéseire és biztosítási szerződéseinek életbiztosítási kockázatot tartalmazó részeire (továbbiakban biztosítás) alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.
- b) A szerződés nyelve magyar.

2) Biztosítási esemény

- a) A biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett halála.
- b) A biztosítási szerződésben megjelölt időpont elérése.

3) Fogalmak

- a) **szerződő:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet (a továbbiakban: személy), aki a biztosítás megkötésére az ajánlatot teszi és aki az ajánlat elfogadása esetén a biztosítást megköti és a biztosítási díjat fizeti.
- b) **biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg. A biztosított a szerződő beleegyezésével bármikor a szerződő helyébe léphet, ehhez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. Mielőtt a szerződés felmondás, vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnne, a biztosított a szerződő helyébe léphet. Ebben az esetben az esedékessé vált biztosítási díjak megfizetéséért a szerződő és a biztosított egyetemlegesen felel. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőtől gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges.
- c) **kedvezményezett:** az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A biztosító a szolgáltatás nyújtása előtt ellenőrzi a kedvezményezett személyazonosságát. Kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy vagy a bemutatóra szóló kötvény birtokosa. Ha a szerződésben kedvezményezett személyt nem jelöltek ki, és bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki, akkor a biztosító szolgáltatására a biztosított életben léte esetén a biztosított, a biztosított halála esetén a biztosított örököse jogosult. A szerződő az eredetileg megjelölt kedvezményezett helyett a szerződés megszűnéséig bármikor módosíthatja a kedvezményezett személyét. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, úgy a kedvezményezett jelöléséhez és megváltoztatásához a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. Ha a kijelölt kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, úgy a kedvezményezett jelölés hatályát veszíti. Ha más kedvezményezettet nem jelölnek meg, úgy a biztosító szolgáltatására a biztosított életben léte esetén a biztosított, a biztosított halála esetén a biztosított örököse jogosult.
- d) **ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.
- e) **biztosított belépési kora:** az adott biztosítottra vonatkozóan a biztosítás kockázatviselés kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége.
- f) **kockázatviselés kezdete:** a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0 órája, amennyiben a szerződő az ajánlat-tételkor esedékes biztosítási díjat a biztosítónak megfizeti feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- g) **kockázatviselés vége:** az a nap, ameddig a biztosító kockázatviselése tart. A biztosító a kockázatviselés végéig bekövetkezett biztosítási eseményekre vállal kockázatot, azok után teljesíti a biztosítási feltételek alapján biztosítási szolgáltatást.
- h) **biztosítási díj:** a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke.
- i) **díjfizetési időszak:** rendszeres díjfizetésű biztosítás esetén az az időszak (egész év), amely során a szerződő a rendszeres biztosítási díj fizetését vállalja.
- j) **biztosítási időszak:** a díjfizetés gyakoriságával megegyező időszak.
- k) **biztosítási évforduló:** minden évnek a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja. Ha egy évben nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.
- l) **biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- m) **hónapforduló:** egy adott naptári hónapnak a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja, ha nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.
- n) **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, átmenti, vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre.

- o) **életbiztosítási díjtartalék:** a biztosító a befizetett biztosítási díjból a jövőbeni kötelezettségei teljesítése érdekében díjtartalékot képez a hatályos jogszabályoknak megfelelően. A biztosító a díjtartalék mindenkor összegét biztosítási szerződésenként nyilvántartja és befekteti. A díjtartalék, valamint az annak befektetéséből származó befektetési hozam képezi az alapját a mindenkor visszavásárlási összegnek, díjmentesen leszállított biztosítási összegnek és a technikai kamat felett elért befektetési hozamból jóváírt többlethozamnak.
- p) **technikai kamat:** az a kamat, amellyel a biztosító az életbiztosítási díj és díjtartalék megállapításakor kalkulál.
- q) **adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 22) g) pont szerinti 30 napos felmondása esetén a 22) h) pont alapján a biztosító által a felmondási összegből visszatartott költség.
- r) **halmozott biztosítási összeg:** a jelen ajánlat biztosítottjára a biztosítóval megkötött valamennyi életbiztosítási szerződés biztosítási szolgáltatásainak, továbbá a jelen ajánlaton megjelölt biztosítási szolgáltatásoknak az összege. Jelen rendelkezéstől a biztosító oly módon jogosult eltérni, hogy a halmozott biztosítási összeg alapjául szolgáló egyes biztosítási szolgáltatások beszámításától eltekinthet.

4) A szerződés létrejötte

- a) A jelen feltételekre történő hivatkozással megkötött biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.
- b) A biztosítás akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ebben az esetben a biztosítási szerződés arra a napra visszamenőleges hatállyal az ajánlat tartalma szerint jön létre, amelyen a biztosítási ajánlatot a biztosító képviselője átvette.
- c) Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni.
- d) A biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területére érvényes.
- e) A biztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén, vagy ezirányú megegyezés esetén a szerződő kifejezett kérésére más nyelven – a biztosító a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről.
- f) A biztosító jogosult a biztosított egészségi állapotával, szabadidős tevékenységével, foglalkozásával kapcsolatos kérdéseket feltenni, a halmozott biztosítási összeg és a biztosított belépési kora függvényében orvosi vizsgálatot előírni a kockázat felmérése érdekében. Az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- g) A biztosító az orvosi vizsgálat teljes költségét a szerződőre terheli és a befizetett díj orvosi vizsgálat költségével csökkentett értékét fizeti vissza a szerződő részére, ha a szerződő az ajánlat elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat megkezdése után:
 - a szerződés megkötésétől eláll,
 - az ajánlattól eltérő tartalommal létrejött szerződést a kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül kifogásolja,
 - a biztosító felhívása ellenére az ajánlat hiányosságait nem pótolja és a biztosító az ajánlatot elutasítja.

5) Közlési kötelezettség

- a) A belépési kor helytelen bevallása esetén a biztosító a szolgáltatását a tényleges belépési kornak megfelelően nyújtja, illetve a szolgáltatás összegéből levonva érvényesíti a tényleges kor alkalmazása miatt felmerülő többletköltségeket. Ha a tényleges kor alapján többlet díjfizetés keletkezett, azt a biztosító a szolgáltatással, illetve kifizetéssel egyidejűleg kamatmentesen visszafizeti. Ha a tényleges belépési kor alapján a biztosítást nem lehetett volna megkötöni, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó, alábbi pontokban részletezett rendelkezéseket kell alkalmazni.
- b) A biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.
- c) A biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a szerződő (biztosított) közlési kötelezettségének eleget tesz.
- d) 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.
- e) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem következik be, kivéve, ha:
 - bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
 - a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.
- f) A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban írásban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak,

kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a biztosítót, hogy ugyan-
eből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

- g) Ha a szerződés bármely okból a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, a biztosító köteles a befizetett díjaknak a biztosítási szerződés különös feltételeiben megállapított részét (visszavásárlási összeg) kifizetni.
- h) A szerződő és a biztosított köteles a biztosítónak 5 munkanapon belül bejelenteni lakcímének, levelezési címének, székhelyének, valamint a szerződésen nyilvántartott kifizetési bankszámlaszámának a szerződés tartama alatt bekövetkezett változását. A biztosító az általa ismert utolsó lakcímre, levelezési címre, székhelyre mindaddig joghatályosan küldhet nyilatkozatot, illetve a megadott bankszámlaszámra mindaddig joghatályosan teljesíthet kifizetést, amíg a lakcímre, levelezési címre, székhelyre vagy a bankszámlaszámra vonatkozó változás-bejelentés nem érkezett be a biztosítóhoz.

6) A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés a szerződő által választott tartamra jön létre. A biztosítás tartama lehet határozott, vagy a biztosított élete végéig szóló. A biztosítás tartamát az ajánlat és a biztosítási kötvény is tartalmazza.

7) A biztosító szolgáltatása

- a) A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén haláleseti, elérési, vagy díjfizetés átvállalási szolgáltatást nyújt. Haláleseti, vagy elérési szolgáltatás esetén a biztosító a feltételekben rögzített biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult kedvezményezettnek.
- b) A biztosító összegszerű szolgáltatását az arra jogosult egy összegben, járadék formájában, vagy a kettő kombinációjaként kérheti. A járadék fizetése a szolgáltatásra jogosult és a biztosító között ebből a célból létrejövő biztosítási szerződés alapján történik.
- c) A biztosító a szolgáltatását a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül teljesíti.
- d) Az esedékessé vált, de be nem fizetett biztosítási díjak, valamint a kötvénykölcsön után fennálló tartozások összegét a biztosító a kifizetéséből levonja.
- e) A biztosító szolgáltatásának teljesítése az arra jogosult által megjelölt módon bankszámlára, vagy postai címre történő utalással történik a szerződés devizanemében.
- f) **Forint alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 1000 forintot elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Euró alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 5 eurót elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Amennyiben a kifizetés összege ez alatt marad, úgy a biztosító a kifizetéstől eltekint, kifizetést nem teljesít, illetve amennyiben a kifizetés alapját képező esemény miatt a szerződés megszűnik, úgy ebben az esetben a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.**

8) Várakozási idő

- a) A biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a biztosító 6 havi várakozási időt köt ki, amely a kockázatviselés napjától kezdődik.
- b) Ha a biztosítási esemény a várakozási idő alatt következik be, a biztosító az addig befizetett biztosítási díjakat fizeti vissza a szerződő részére, egyéb kifizetést a biztosító nem teljesít. Ennek során a biztosító a befizetett biztosítási díjaknak a szerződés devizanemében meghatározott értékét veszi figyelembe. **Az ebből származó kockázatot a szerződő viseli.**
- c) A biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, ha a biztosítási esemény baleset következménye.
- d) Amennyiben a biztosítási tartam során új biztosítottat vonnak be a szerződésbe, úgy az új biztosított vonatkozásában a várakozási idő attól a naptól számított 6 hónap, amelytől a biztosító az adott biztosított vonatkozásában kockázatban áll.

9) Díjfizetés

- a) A biztosítási díj az ajánlaton megjelölt módon és gyakorisággal, az ajánlatban megjelölt devizanemben fizetendő.
- b) A díjfizetési gyakoriság lehet egyszeri, illetve rendszeres. A rendszeres éves díj részletekben is fizethető, amennyiben az adott termék különös feltételei megengedik. A biztosító a díjfizetés módjától és gyakoriságától függően díjkedvezményt adhat. A díjkedvezmény szerződéskötéskori mértékét a biztosítási ajánlat tartalmazza, amelyet a biztosító a tartam során módosíthat.
- c) A díjfizetés módját és gyakoriságát a szerződő a biztosítás tartama során bármikor megváltoztathatja. A díjfizetési gyakoriság módosításának az a feltétele, hogy a biztosítási évforduló a módosítás után is biztosítási időszak kezdete legyen. A díjfizetési gyakoriság csak a jövőre nézve módosítható, a módosításra vonatkozó nyilatkozatnak legkésőbb a következő díj esedékességét megelőző 15. napig be kell érkeznie a biztosítóhoz.
- d) Az egyszeri biztosítási díj és az első rendszeres biztosítási díj, valamint az azokkal együtt befizetett eseti biztosítási díj ajánlattételkor esedékes, amelyet, mint díjelőleget a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttéig kamatmentes előlegként kezel. Ha a biztosítási szerződés létrejön, az előleget a biztosító biztosítási díjként számítja be. Ha a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget visszautalja a szerződő részére. Minden további rendszeres díj annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

- e) A biztosítás kezdeti díját a biztosított kockázati sajátosságainak figyelembe vételével állapítja meg a biztosító. A biztosító jogosult módosítani a kezdeti biztosítási díjat az egészségi kockázatbírálás eredményétől függően. A biztosítás kezdeti díját és a biztosítási összeget a biztosítási kötvény tartalmazza.
- f) A rendszeres biztosítási díj annak a biztosítási időszaknak a végéig fizetendő, amelyben a biztosítási szerződés megszűnésével járó biztosítási esemény bekövetkezett.
- g) A szerződőnek lehetősége van mind az egyszeri, mind a rendszeres díjon felül eseti díjak fizetésére. Az eseti díjak a szerződő rendszeres díjfizetési kötelezettségét nem módosítják, azt nem helyettesítik. Az eseti díjakat a biztosító a rendszeres biztosítási díjaktól elkülönítetten tartja nyilván.
- h) A díjfizetési időszakon túli díjfizetéssel többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A fizetett többletdíjat a biztosító a biztosítási szolgáltatással, kifizetéssel egyidejűleg, illetve a szerződő bejelentésére 30 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
- i) Ha a szerződő a biztosítónak nem a szerződés devizanemének megfelelő számlájára fizeti meg a biztosítási díjat, akkor a biztosító számlavezető bankjának (UniCredit Bank Hungary Zrt., székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 5-6., továbbiakban: bank) mindenkorai kondíciói szerint a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára kerül áthelyezésre az összeg. Az így jóváírt összeget tekinti a biztosító befizetett díjnak. **A téves befizetések-ből eredő árfolyamkockázat, illetve többletköltség a szerződőt terheli.**
- j) A szerződő a rendszeres, illetve az eseti biztosítási díjakat egyedi átutalással forintban a biztosító UniCredit Bank Hungary Zrt.-nél vezetett **10918001-00000024-98060007 számú forint bankszámlájára** – melynek IBAN kódja HU11 1091-8001-0000-0024-9806-0007 –, euróban a biztosító UniCredit Bank Hungary Zrt.-nél vezetett **10918001-00000024-98060038 számú euró bankszámlájára** – melynek IBAN kódja HU47 1091-8001-0000-0024-9806-0038 – fizetheti be. Az UniCredit Bank Hungary Zrt. nemzetközi bankazonosító SWIFT kódja BACXHUHB.
- k) **Amennyiben a szerződő nem a szerződés devizanemében kívánja fizetni a biztosítás díját, úgy az ebből származó árfolyamkockázat mérséklése érdekében a biztosító a következők szerint állapítja meg a fizetendő díjat. Csoportos beszedés esetén a biztosító által elvárt díj az esedékes díj 105 százalékának és befektetési egységhez kötött életbiztosítás esetén az eseti díjakból vásárolt befektetési egységek aktuális értékének, hagyományos életbiztosítás esetén az egyéni számla aktuális egyenlegének a különbsége, de legalább az esedékes biztosítási díj. A fizetendő díjat az elvárt díj alapján, a bank által a csoportos beszedés kezdeményezésének napján közzétett deviza eladási árfolyam figyelembe vételével határozza meg a biztosító. A csoportos beszedés eredményeként beérkezett pénzüsszeg az i) pontban leírtak szerint kerül átváltásra a szerződés devizanemének megfelelő devizára, illetve kerül jóváírásra a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára. A biztosító ezt az összeget tekinti megfizetett biztosítási díjnak.**
Átutalás esetén a szerződőnek az esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára.
A fentiek ellenére fennmaradó árfolyamkockázat a szerződőt terheli.
- l) Amennyiben a fentiek alapján a szerződésre beérkezett biztosítási díj magasabb, mint az elvárt biztosítási díj, a biztosító a beérkezett biztosítási díj teljes összegét jóváírja a szerződésen.
- m) **Amennyiben a szerződő által az első biztosítási díj kiegyenlítése céljából befizetett díj nagysága eltér a szerződés esedékes díjától, azonban az eltérés nem haladja meg a 300 forintot (eurós szerződés esetén 1 eurót), úgy a biztosító az első biztosítási díjat kiegyenlítettnek tekinti, vagyis díjtöbblet esetén eltekint a többlet visszafizetésétől, hiány esetén pedig eltekint a hiányzó összeg érvényesítésétől.**
- n) **Amennyiben a szerződő (ez első rendszeres díj esetétől eltekintve) az esedékes díjnál nagyobb összeget fizet be:**
 - és amennyiben a főbiztosítás szerződési feltételei alapján a szerződésen lehetőség van eseti díjak fizetésére, úgy a többlet az eseti befizetések számláján kerül elszámolásra.
 - és amennyiben a főbiztosítás **NEM** ad lehetőséget eseti díjak fizetésére, úgy a biztosító a többletet egy függő számlán számolja el. **A függő számlán lévő összeget a biztosító évente egyszer kifizeti a szerződőnek, ha a függő számla egyenlege meghaladja az 1000 forintos (eurós szerződés esetén 5 eurós) limitet.**
- o) Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat esedékességig nem fizette meg, halasztást nem kapott és a biztosító a díj iránti igényét bírói úton sem érvényesíti, a biztosító az esedékességtől számított 90 napig viseli a kockázatot. Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díjakat befizetheti. Díjfizetés elmulasztása esetén a szerződés megfelelően csökkentett biztosítási összeggel marad fenn: a biztosított azonban ehelyett követelheti a szerződés megszüntetését és a visszavásárlási összeg kifizetését. Ennek módját a szerződés különös feltételei tartalmazzák.

10) A szerződés újra érvénybe helyezése (reaktiválás)

- a) **Az elmaradt biztosítási díj esedékességét követő 6 hónapon belül a szerződő kérheti a szerződés újra érvénybe helyezését (reaktiválását).**

- b) **A reaktiválás feltétele a biztosított írásbeli kármentességi nyilatkozata, a visszavásárlási érték (a kifizetésre jogosultnak kifizetett összegnek és a biztosító által a mindenkor hatályos jogszabályok alapján a visszavásárlási értékből levont, kifizetést terhelő közterheknek az összege), az elmaradt díjak, valamint azon díjak teljes összegének befizetése, amelyek a szerződés törlésének időpontjától a reaktiválás időpontjáig a szerződés folytonossága esetén esedékessé váltak volna. A biztosító a reaktiváláshoz ismételt kockázatelbírálást végezhet, ennek keretében ismételten kérheti az egészségi nyilatkozat kitöltését, illetve orvosi vizsgálat elvégzését.**
- c) **A biztosító kockázatviselése az elmaradt biztosítási díjak beazonosítását követő nap 0 órájától folytatódik és az esetlegesen időközben megszűnt biztosítás az eredeti tartalommal és biztosítási összeggel újra hatályba lép.**
- d) **Ha a szerződő az elmaradt díj esedékességét követő 6 hónapon túl kéri a szerződés reaktiválását, a biztosító úgy tekinti a kérést, mintha a szerződő új szerződés megkötésére tett volna ajánlatot. 6 hónapon túl szerződést, illetve díjmentesített szerződést reaktiválni nem lehet.**
- e) **A szerződés reaktiválására a szerződőnek a biztosítás tartama alatt legfeljebb egy alkalommal van lehetősége.**

11) Többlethozam

- a) A biztosító az életbiztosítási díjtartalék befektetésével elért befektetési hozam technikai kamat feletti részének, azaz a többlethozamnak legalább 80 százalékát a hatályos jogszabályok szerint a biztosítottaknak jóváírja.
- b) A többlethozam jóváírására naptári évenként egyszer, a tárgy naptári évet követő év május 31-ig kerül sor, a jóváírásakor élő szerződéseken, azok tárgy naptári év végén aktuális tartalékai alapján.
- c) A biztosítási esemény bekövetkezéséig, illetve a biztosítási szerződés megszűnésével járó kifizetésig jóváírt többlethozamot a biztosító az arra jogosultnak az egyéb kifizetéssel együtt fizeti ki. Ha a kifizetésig nem történt meg a visszajuttatott többlethozam jóváírása, úgy az ezen szerződés után járó többlethozamot is a jóváírásakor élő szerződéseken írja jóvá a biztosító.

12) Visszavásárlás

A szerződő a szerződés különös feltételeiben megjelölt díjjal fedezett időszakot követően jogosult a szerződésének visszavásárlására.

Visszavásárláskor a biztosító a szerződés visszavásárlási táblázatban megjelölt összegét fizeti ki a szerződő részére. A visszavásárlási összeg kifizetése a visszavásárlási kérelem teljesítéséhez szükséges valamennyi dokumentum biztosítóhoz történő beérkezését követően 8 napon belül esedékes.

13) Díjmentes leszállítás

A szerződő a szerződés különös feltételeiben megjelölt díjjal fedezett időszakot követően jogosult a szerződésének díjmentes leszállítására. Ebben az esetben a szerződés további díjfizetési kötelezettség nélkül, csökkentett biztosítási összeggel marad hatályban. Többlethozam jóváírásra a díjmentesen leszállított szerződések biztosítottja is jogosult.

14) Kötvénykölcson

Egyes különös szerződési feltételek szerint a biztosító a szerződésben felhalmozott díjtartalék fedezete mellett kölcsönt nyújthat a szerződő, vagy a szerződő beleegyezésével a biztosított részére. A kötvénykölcson nyújtására a szerződésre vonatkozó különös feltételek szerint kerülhet sor.

15) A biztosítási esemény bejelentésének módja, határideje

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül írásban a biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások ellenőrzését is. **Ennek hiányában késedelmes kárbejelentés esetén a biztosító a kárkifizetés alól mentesül, de csak abban az esetben, ha a késedelmes kárbejelentés lényeges körülményei kideríthetetlenül válnak.**

16) A biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

A biztosító a szolgáltatásának teljesítéséhez a következő iratokat **kérheti**:

- biztosítási kötvény, az utolsó biztosítási díj befizetését igazoló dokumentum,
- kedvezményezett személyazonosságát igazoló dokumentum,
- elérési szolgáltatás esetén a biztosított életben létét igazoló okirat,
- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncjegyzőkönyv másolata,
- halotti epikrízis,
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása,

- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata,
- kiskorú örökös esetén (jogerős hagyatékátadó végzés szerinti) gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámhatósági betétkönyv megnyitásáról, mely tartalmazza a számlaszámot,
- rendőrségi jegyzőkönyv másolata,
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata,
- munkáltatói igazolás munkavállalói jogviszony meglétéről,
- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata,
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata,
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt,
- az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata,
- az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet, MRI vizsgálat eredménye, CT vizsgálat eredménye, szövettani vizsgálat eredménye), kórházi zárójelentések másolata,
- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata,
- kórházi zárójelentés, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- műtéti napló másolata,
- szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során,
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával,
- ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata,
- keresőképtelenségi igazolás hiteles másolata (diagnózis megjelölésével),
- a kiadásokat igazoló eredeti számlák,
- gondnokságot kirendelő határozat másolata,
- igazolvány sportolói tagságról,
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata,
- azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételként meghatároznak,
- idegennyelvű iratok esetén azok fordítása.

Azon iratok beszerzésének költségei, amelyek a bekérhető iratok listájában szerepelnek, s a biztosító a káresemény tisztázásához bekéri őket, a kedvezményezettet terhelik.

Egyes különös szerződési feltételek a biztosító teljesítéséhez egyéb iratok benyújtását is előírhatja. Ezen egyéb iratok beszerzésének, esetleges magyar nyelvre fordításának költségei a kedvezményezettet terhelik.

Amennyiben irat beszerzéséhez adatvédelmi okok miatt az érintett hozzájárulása szükséges, a hozzájárulás beszerzése, illetőleg megadása a kedvezményezett kötelezettsége és az iratok beszerzésének költsége is a kedvezményezettet terheli.

17) A biztosító mentesülése

- a) A biztosító mentesül a feltételszerű biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét. Ebben az esetben a visszavásárlási összeg a biztosított örökösét illeti meg, abból a kedvezményezett nem részesülhet.
- b) A biztosítási szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg és a biztosító nem a visszavásárlási összeget, hanem a díjtartalékot fizeti ki a kedvezményezettnek, ha a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, vagy a szerződéskötéstől számított 2 éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg függetlenül attól, hogy azt a biztosított tudatzavarban követte el.

18) Kockázatkizárások

- a) A biztosító kockázata – amennyiben a biztosítási szerződés különös feltételei vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem terjed ki az alábbi esetekre:
 - a biztosított ittas állapotával (0,8 ezrelék, vagy ennél magasabb véralkohol szint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre,
 - a biztosítási esemény a biztosított vezetői engedélye, illetve egyéb szükséges hatósági engedély nélkül, illetve bármely okból tudatmódosult állapotban történt, bármely jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is,
 - kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre,

- harci cselekményben (háborúban, polgárháborúban, határvillongásban, felkelésben, forradalomban, zendülésben, törvényes kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kommandó támadásban, terrorcselekményben), vagy más háborús cselekményben, lázadásban, zavargásban való részvételből eredő biztosítási eseményekre,
 - az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést,
 - a biztosítási esemény összefüggésben áll a biztosított HIV (AIDS) vírus fertőzöttségével.
- b) A biztosító – egyéb megállapodás hiányában – nem viseli a kockázatot, ha a biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi, légi, vízi járműben, országos, nemzetközi, illetve szervezett amatőr sportversenyen történő részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) keretében következik be, ideértve az országos és nemzetközi sportversenyen nézőként való részvételt, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait megszegte.
- c) A biztosító – egyéb megállapodás hiányában – nem viseli a kockázatot a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő biztosítási eseményekre, kivéve az olyan biztosítási eseményeket, amelyeket a biztosított személy légijármű utasaként, a polgári légiforgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légijárművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légijárművön utazik, de a légijárműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez.
- d) A károsult közrehatása, vagy szándékossága, felelőtlen magatartása miatt bekövetkező balesetekre (ideértve a tudatmódosító szer hatása alatt elszenvedett balesetet) a biztosító nem vállal kockázatot.
- e) A biztosító kizárja az olyan baleseteket, amelyek rándulás, megemelés, habituális ficam, patológias törés, nem balesettel összefüggő fertőzés, rovarcsípés, fagyás, napszúrás, nap általi égés, hörguta, madárinfluenza, porckorong sérülés, sérv, agyvérzés, foglalkozási ártalommal összefüggő balesetek, fertőző betegségek, gyermekbénulás, kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és agyvelőgyulladás, veszettség, tetanuszfertőzés.

19) Jognyilatkozatok, változás-bejelentési kötelezettség

- a) A szerződő, biztosított köteles személyi adatainak (pl. lakcímének) módosulását, továbbá a biztosító kockázatvállalása szempontjából valamennyi lényeges körülményt (különösen foglalkozásának és sporttevékenységeinek változását) 8 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a biztosító a szerződéskötéskor az ajánlatban, az egészségi nyilatkozatban és az orvosi vizsgálat során írásban kérdést tett fel.
- b) Minden jognyilatkozat, bejelentés csak akkor hatályos, ha azokat írásban nyújtották be a biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, Flórián tér 1.). Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást. A jelen rendelkezést abban az esetben is alkalmazni kell, ha a különös feltételek írásbeli közlést írnak elő. **A faxon, elektronikus úton, futárszolgálat útján, illetve személyesen kézbesített nyilatkozatok abban az esetben tekintendők az adott napon beérkezettnek, ha azok hétfő – csütörtök 15 óráig, pénteken 12 óráig a biztosítóhoz beérkeznek. Az ezen időpontok után beérkező nyilatkozatok esetében a beérkezés napjának a következő munkanapot tekintjük. A postai úton beérkező nyilatkozatok esetén az átvétel napja tekintendő a beérkezés napjának.**
- c) Minden jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, Flórián tér 1.) beérkezett.
- d) A bejelentett körülményváltozás alapján, amennyiben a kockázat változása azt szükségessé teszi, a biztosító jogosult a biztosítási díjat, illetve a biztosítási szerződést módosítani a biztosítóhoz történő beérkezést követő 15 napon belül. A módosított díj az ezt követően fizetendő díjakra vonatkozik.
- e) Ha a biztosítottra vonatkozó új, vagy később megismert adatok alapján a biztosított olyan kockázatot jelent, amelyet a biztosító nem vállalhat, vagy amely kizárt kockázatot jelent, a biztosító jogosult a szerződést a tudomására jutástól számított 15 napon belül a változás bejelentés biztosítóhoz történő beérkezését követő 30. napra írásban felmondani.
- f) Amennyiben a szerződő, vagy a biztosított a bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a közlési kötelezettség sértésre vonatkozó rendelkezések az irányadók.

20) Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

Az adatkezeléssel kapcsolatos rendelkezések

Személyes adat: az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret –, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés.

Érintett: bármely meghatározott személyes adat alapján azonosított vagy – közvetlenül vagy közvetve – azonosítható természetes személy.

Különleges adat:

- a) a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdekképviselői szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat,
- b) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

A biztosító az ügyfelek adatait az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezései alapján kezeli, és ez alapján végeztet más szolgáltatókkal adatfeldolgozást.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. E céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az adatszolgáltatás önkéntes. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban „Bit.”) értelmében az ügyfél hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatoknak.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a Bit. 155. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott, illetve továbbított adatairól a törvényekben rögzített korlátozásokkal jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

A biztosító és biztosításközvetítője a személyes adatokat a biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási és megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és biztosításközvetítője köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincsen törvényes jogalap. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat a biztosító az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő, valamint az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével köteles törölni.

Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

A biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

A fentiekben megjelöltektől eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító, és a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A biztosító, mint adatkezelő az adatok feldolgozásával a CIG Pannónia Szolgáltató Központ Kft.-t (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1.; adószám: 14507517-4-41; cégjegyzék szám: 01-09-906915), a Tata Consultancy Services Limited Magyarországi Fióktelepét (székhely: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4-20. B épület; adószám: 21981128-2-43; cégjegyzék szám: 01-17-000295), a FOLD-R Első Magyar Külsőerőforrás Biztosító és Adatfeldolgozó Zrt-t (székhely: 1116 Budapest, Építész u. 26.; adószám: 11866684-2-13; cégjegyzék szám: 13-10-040593) és a Díjbeszedő Holding Zrt-t (székhely: 1119 Budapest, Vahot u. 8.; adószám: 10805246-2-43; cégjegyzék szám: 01-10-042094) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez posta útván történő utalás vagy banki utalás esetén a Magyar Posta Zrt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül. A kiszervezett tevékenységet végzők a biztosító adatfeldolgozóinak minősülnek. Ezen cégek listáját a biztosító a webhelyén teszi közzé.

A biztosítási titokkal kapcsolatos rendelkezések

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

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

kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott.

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

- a) a feladatkörében eljáró felügyelet,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóság és ügyészség,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző,
- e) az adóhatóság abban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- g) biztosítóval, a biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- h) feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóság,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- k) a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók,
- l) a Bit.-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szerv,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymás közötti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, kárrendezési megbízott és kárképviselő, illetve a károkozó, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó,
- q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
- r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásnak részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét, vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p) és q) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti

- a) kábítószerrel visszaéléssel,
- b) terrorcselekménnyel,
- c) robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,
- d) lőfegyverrel vagy lőszernel visszaéléssel,
- e) pénzmosással,
- f) bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőrfőkapitányság – a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2003. évi XV. törvényben

meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatok átadása,
- a biztosító összevont alapú pénzügyi felügyeletére vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adat átadás.

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

21) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a biztosított halála esetén a biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- a biztosított életben léte esetén a biztosítási tartam lejártával, a biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- a szerződés visszavásárlása esetén a szerződés visszavásárlási összegének kifizetésével,
- a díjesedékességet követő 90 nap elteltével, ha a szerződő addig nem fizette meg az esedékes biztosítási díjat és a szerződést még nem lehet díjmentesen leszállítani vagy a díjfizetést szüneteltetni,
- a közlési, illetve a változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén, amennyiben a szerződést a biztosító felmondja,
- a szerződés 22) g) pontja szerinti felmondása esetén.

22) Egyéb rendelkezések

- A kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító a szerződő fél írásbeli nyilatkozatára az eredeti kötvénnyről a kérelem kézhezvételétől számított 15 napon belül hiteles másolatot állít ki, miután az okirat megsemmisüléséről vagy elvesztéséről a kérelmező írásban, teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozatot tett. A hiteles másolat kiadásával egyidejűleg az eredeti kötvény hatályát veszti. A hiteles másolat kiállításának költségei a kérelmezőt terhelik.
- A biztosításból származó igények elévülési ideje 5 év.
- A biztosító a hatályos jogszabályoknak megfelelően évente egy alkalommal írásbeli tájékoztatást küld a szerződő részére az életbiztosítási szerződés aktuális szolgáltatási értékéről, a visszavásárlási értékéről és a jóváírt többlet-hozam összegéről.
- A biztosítási szerződés kapcsán alkalmazandó jog Magyarország joga.
- Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőfokon a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér 1., telefon: +36-1-5-100-200, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu) fordulhat. A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1535 Budapest, 114 Pf. 777.) gyakorolja. Fogyasztónak minősülő Ügyfél – aki az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy – a nyújtott szolgáltatással kapcsolatban a létrejött szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos vitás ügy bírósági eljáráson kívüli rendezését kérheti a Pénzügyi Békéltető Testülettől (1525 Budapest, Pf. 172). Fogyasztónak nem minősülő Ügyfél, illetőleg jogszabálysértés esetén a fogyasztó panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez is fordulhat, illetve igényét bírósági úton is érvényesítheti.
- A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a magyar bíróságok rendelkeznek joghatósággal. Helyi bíróságra tartozó ügyekben a felek a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság kizárólagos illetékességét kötik ki.

- g) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő a 4) e) pont szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a hat hónapot meghaladó tartamú életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. E felmondási jog a szerződőt nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.
- h) A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel, tájékoztatja a szerződőt a biztosítási díjból visszatartott összegről. A biztosító a szerződés felmondása esetén adminisztrációs, kötvényesítési és orvosi vizsgálattal kapcsolatos költségeit érvényesíti a főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra együttesen beérkezett befizetésekből. Az adminisztrációs és kötvényesítési költségek címén visszatartott összeg mértéke a biztosítási szerződés különös feltételeiben kerül meghatározásra. A biztosító a befizetésekből a felmondott biztosítási szerződésre már teljesített kifizetéseket levonja.
- i) A biztosítással összefüggő, legfontosabb adózási szabályok a következők: Az életbiztosítás alapján a jogszabályban meghatározott feltételek fennállta esetén adókedvezmények vehetőek igénybe, továbbá a biztosító kifizetéseit kamatadó terhelheti. A gazdasági társaságok által magánszemélyekre kötött életbiztosítások, illetve ezek visszavásárlásai befolyásolhatják a vállalkozás eredményét, illetve kihatással lehetnek a magánszemélyek jövedelemadózására.
- Az adókedvezményekkel, a kamatadóval, illetve a magánszemélyek jövedelmével kapcsolatos kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló,
 - a társasági formában működő szerződők és kedvezményezettek nyereségadózással kapcsolatos kérdésekben a társasági adóról és osztalékadóról szóló,
 - az adók befizetésével és levonásával kapcsolatos kérdésekben az adózás rendjéről szóló mindenkor hatályos törvények rendelkezéseit kell alkalmazni.
- Az adózással kapcsolatos szabályok a szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adózással kapcsolatos további tájékoztatást külön nyomtatvány tartalmazza.
- j) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.

23) A biztosító legfontosabb adatai

Név: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Székhely: Magyarország, 1033 Budapest, Flórián tér 1.

Levelezési cím: 1502 Budapest, pf. 516.

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

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

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

A Biztosító jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság

Cégjegyzékszám: 01-10-045857

Társaságunk a Fővárosi Bíróságnál, mint Cégbíróságnál került bejegyzésre.

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei

1) Általános rendelkezések

- Jelen feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: biztosító) baleset- és egészségbiztosítási szerződéseire és biztosítási szerződéseinek baleset- és egészségbiztosítási kockázatot tartalmazó részeire (továbbiakban biztosítás) alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.
- A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei az irányadók.
- A szerződés nyelve magyar.

2) Biztosítási esemény

A biztosított:

- balesetből, illetve betegségből eredő halála,
- balesetből eredő, az I. számú mellékletben részletezett módon megállapított maradandó funkció károsodása,
- balesetből vagy betegségből eredő folyamatos, megszakítás nélküli kórházi fekvőbeteg-ellátása, amennyiben az orvos által szükségesnek tartott,
- balesetből vagy betegségből eredően végrehajtott műtété, amennyiben az orvos által szükségesnek tartott.

3) Fogalmak

- biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, illetve egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg. A biztosított a szerződő beleegyezésével bármikor a szerződő helyébe léphet, ehhez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. Mielőtt a szerződés felmondás, vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnne, a biztosított a szerződő helyébe léphet. Ebben az esetben az esedékessé vált biztosítási díjak megfizetéséért a szerződő és a biztosított egyetemlegesen felel. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges.
- 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. A biztosító a műtéteket, beavatkozásokat a biztosítási szolgáltatás szempontjából öt – kis, közepes, nagy, kiemelt, kizárt műtétek – kategóriába sorolja be. Jelen feltételek 2. számú melléklete tartalmaz egy tájékoztató listát az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról. **A biztosító részletes műtéti listája alapján a biztosító orvosa állapítja meg az adott műtét besorolási kategóriáját.** Amennyiben az adott műtét nem szerepel a biztosító részletes műtéti listájában, és ugyanott kizárásra sem kerül, úgy az adott műtét műtéti besorolása – a műtét jellege és súlyossága alapján – a biztosító orvosának joga. A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg. A biztosító a műtétek kategóriákba sorolását naptári évenként egy alkalommal, legkésőbb május 31-ig felülvizsgálja és a listát a vizsgálatot követően módosítja vagy változatlan tartalommal érvényben hagyja. A módosítások a hatályba lépés dátumától kezdődően valamennyi, érvényben lévő szerződésre vonatkoznak. A mindenkor aktuális műtéti lista kivonatát (2. számú melléklet) a biztosító a webhelyén (www.cigpannonia.hu) teszi közzé.
- kórház:** az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott, fekvőbeteg-ellátást nyújtó kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és felügyelet alatt állnak. Jelen feltételek alapján nem minősülnek kórháznak – még akkor sem, ha azok kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézmények, az idült és gyógyíthatatlan betegségben szenvedők számára fenntartott gyógy- és gondozóintézetek, szociális otthonok, geriátriai krónikus intézetek, ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.
- adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 10) b) pont szerinti 30 napos felmondása esetén az Általános Életbiztosítási Feltételek 22) h) pontja alapján a biztosító által a felmondási összegből visszatartott költség.

4) A biztosító szolgáltatása

- A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén haláleseti, baleseti eredetű maradandó funkció károsodási, baleseti vagy betegségi eredetű kórházi ápolási napi térítést, vagy műtéti térítést, vagy díjfizetés átvállalási szolgáltatást nyújt, illetve a különös feltételekben meghatározott betegségek esetén a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási összeget fizeti ki a kedvezményezett részére. A biztosító szolgáltatását a kiegészítő biztosításra vonatkozó különös feltételek határozzák meg.
- A biztosító egyösszegű szolgáltatását az arra jogosult a kiegészítő biztosításra vonatkozó különös feltételek alapján egy összegben, járadék formájában, vagy a kettő kombinációjaként kérheti. A járadék fizetése a szolgáltatásra jogosult és a biztosító között ebből a célból létrejövő biztosítási szerződés alapján történik.

- c) A biztosító a szolgáltatását a teljesítéshez szükséges utolsó dokumentum beérkezését követő 8 napon belül teljesíti.
- d) A biztosító a jelen feltételekre hivatkozással megkötött biztosítási szerződésekben a szerződő által választható biztosítási összegekre korlátozásokat állapíthat meg. Ezeket az egyes biztosításokra vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.
- e) Az esedékessé vált, de be nem fizetett biztosítási díjak, valamint a kötvénykölcsön után fennálló tartozások összegét a biztosító a kifizetéséből levonja.
- f) A biztosító szolgáltatásának teljesítése az arra jogosult által megjelölt módon bankszámlára, vagy postai címre történő utalással történik a szerződés devizanemében.
- g) **Forint alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 1000 forintot elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Euró alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 5 eurót elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Amennyiben a kifizetés összege ez alatt marad, úgy a biztosító a kifizetéstől eltekint, kifizetést nem teljesít, illetve amennyiben a kifizetés alapját képező esemény miatt a szerződés megszűnik, úgy ebben az esetben a szerződés kifizetés nélkül szűnik meg.**

5) A biztosítási díj felülvizsgálata és módosítása

- a) A biztosítási események bekövetkezése valószínűségének változása miatt a biztosító jogosult a szerződés felülvizsgálatára és az évforduló után esedékessé váló fizetendő biztosítási díj módosítására.
- b) A biztosító a díj módosítási szándékáról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 45 nappal értesíti a szerződőt. Ha a szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig nem nyilatkozik írásban a díj módosításával kapcsolatban, úgy a szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik. Ha a szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig a módosító javaslatot írásban elutasítja, kérheti a biztosítási összeg módosítását a díj változatlanul hagyása mellett, illetve a biztosítási évforduló előtti 30. napig a szerződést írásban felmondhatja.

6) A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- a) A biztosított életben léte esetén a biztosító teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.
- b) A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózisát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatni kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő ápolásról és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. **Ha a biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget és emiatt a biztosított állapota súlyosbodott, a biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól.**
- c) A biztosított hozzájárul, hogy vitás esetekben a szolgáltatási igény elbírálása érdekében a biztosító az általa megbízott orvosokkal vizsgálatot végeztessen.
- d) A biztosító a szolgáltatásának teljesítéséhez az Általános Életbiztosítási Feltételek A biztosító teljesítéséhez szükséges iratok elnevezésű pontjában felsorolt iratokat kérheti. Azon iratok beszerzési költségei, amelyek a bekérhető iratok listájában szerepelnek, s a biztosító a káresemény tisztázásához bekéri őket, a kedvezményezettet terhelik. Egyes különös szerződési feltételek a biztosító teljesítéséhez egyéb iratok benyújtását is előírhatja, melyek beszerzési költségei szintén a kedvezményezettet terhelik.

7) A biztosító mentesülése

A biztosító mentesül a feltételszerű biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény:

- a) a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be;
- b) a szerződéskötést követő 2 éven belüli öngyilkossággal, öncsonkítással vagy annak kísérletével függ össze, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.

8) Kockázatkizárások

A biztosító kockázatviselése – amennyiben a Különös Feltételek vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem terjed ki az Általános Életbiztosítási Feltételek Kockázatkizárások elnevezésű pontjában felsorolt esetekre, valamint az alábbi esetekre:

- a) az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítóok biztosítási esemény;
- b) a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;
- c) mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;

- d) kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- e) ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégtzettségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- f) ha a biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult;
- g) a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a tesztúrákat és a rally és motorcsónak-versenyeket is, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait megszegte;
- h) az országos és nemzetközi síugró, bob, síbob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait megszegte;
- i) a betegség, mint elsődleges ok miatt bekövetkező halálos balesetekre;
- j) a biztosított bármely hivatásosként végzett sporttevékenységével és a következő akár szabadidős sporttevékenységével összefüggő eseményekre: búvárkodás, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás;
- k) bányászati tevékenységgel, robbanószerekkel, robbantószerkezetekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett biztosítási események: robbantómester, cirkuszművész, ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztítói, tűzszerész, állatkerti gondozó, ragadozó állatokat tartó, bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is), ács, magasfeszültségű dolgozó villanyszerelő;
- l) a biztosított azon baleseti műtéte, amely ficam műtéti megoldása vagy az ízületek csőtükrözéssel végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozása, vagy a funkció szempontjából meghatározó anatómiai képleteket nem érintő lágyrész sérülések műtéti megoldása, illetve olyan ortopéd jellegű műtéti beavatkozás, melynek elvégzésére az adott baleset hívta fel a figyelmet;
- m) a biztosítási eseményt előidéző betegség diagnosztizálása előtt, illetve az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészek a biztosításból ki vannak zárva;
- n) a bordatöréssel, kéz- és láb-ujjpercek törésével járó balesetekre.

9) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a biztosított halála esetén a biztosító szolgáltatásának kifizetésével a különös feltételekben meghatározott esetekben,
- b) a biztosított 100%-os baleseti eredetű maradandó funkció károsodása esetén, illetve ha a biztosított részleges, maradandó funkció károsodásainak összértéke eléri a 100%-ot, a biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- c) a biztosított különös feltételekben meghatározott betegségének diagnosztizálása esetén, a különös feltételekben meghatározott esetekben,
- d) határozott tartamú biztosítás esetén a tartam lejártával, amennyiben nem került sor a tartam meghosszabbítására,
- e) a díjesedékességet követő 90 nap elteltével, ha a szerződő addig nem fizette meg az esedékes biztosítási díjat,
- f) a közlési, illetve a változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén, amennyiben a szerződést a biztosító felmondja,
- g) a szerződés 10) b) pontja szerinti felmondása esetén.

10) Egyéb rendelkezések

- a) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött baleset- és egészségbiztosítási szerződés maradékjoggal, többlethozammal és többlethozam visszatérítéssel nem rendelkezik, visszavásárolni nem lehet, díjmentes leszállításra nincs lehetőség, a biztosító kötvénykölcsonnt nem nyújt, nyereségrészesedésre nem jogosít.
- b) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő az Általános Életbiztosítási Feltételek A szerződés létrejötte elnevezésű pontjában meghatározott tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a hat hónapot meghaladó tartamú életbiztosítási szerződéshez kötött kiegészítő biztosítást, amelyet jelen feltételekre hivatkozással kötött, írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja abban az esetben, ha a kiegészítő biztosítás megkötésére a főbiztosítással egyidejűleg került sor. E felmondási jog a szerződőt nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.
- c) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött baleset- és egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában a szerződőnek eseti díj fizetésére nincs lehetősége.
- d) Amennyiben a jelen Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekre való hivatkozással kötött kiegészítő biztosítást egy már érvényben lévő főbiztosítás biztosítási évfordulójára kötik meg, úgy a kiegészítő biztosítás díja – mind az első, mind a további rendszeres díj – a főbiztosítás esedékes díjával együtt fizetendő.

I. számú melléklet: A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokának megállapítása

- 1) A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokát a biztosító orvosa állapítja meg az alábbi táblázat figyelembe vételével. A biztosító orvosának döntése független az illetékes társadalombiztosítási szerv maradandó funkció károsodás mértékére vonatkozó megállapításától, amely tehát nem az össz-szervezeti egészségkárosodás, hanem a lényeges funkciókárosodás mértékét tekinti irányadónak.
- 2) Ha a maradandó funkció károsodás foka a táblázat alapján nem állapítható meg, azt a biztosító orvosa határozza meg.
- 3) Az egy balesetből fakadó különböző sérülések esetén az azok alapján megállapított maradandó funkció károsodási fokok összeadódnak. **Egy biztosított vonatkozásában a biztosító legfeljebb a baleseti eredetű, legfeljebb 100%-os maradandó funkció károsodásnak megfelelő szolgáltatást teljesíti.**
- 4) Amennyiben a maradandó funkció károsodás foka véglegesen nem állapítható meg, úgy a biztosító az adott időpontban rendelkezésre álló információk alapján állapítja meg a maradandó funkció károsodás fokát és az alapján teljesíti a szolgáltatást. A maradandó funkció károsodás fokának végleges mértékét legkésőbb a maradandó funkció károsodást előidéző baleset bekövetkezését követő második év végéig, az akkor rendelkezésre álló információk alapján határozza meg a biztosító orvosa és a biztosító ez alapján teljesít szolgáltatást. Amennyiben a maradandó funkció károsodás végleges mértéke ezt az értéket meghaladja, a biztosító az ebből fakadó szolgáltatás különbözetet teljesíti.

Testrészek károsodása	Maradandó funkció károsodás foka
Egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökízület feletti teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökízület alatti teljes elvesztése vagy működésképtelensége, vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
A domináns felső végtagot ért csonkolás további	5%
Egyik alsó végtag combközép feletti teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag lábszárközépig való teljes elvesztése	50%
Egyik lábfej boka szintjében való teljes elvesztése	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése	2%
Mindkét szem teljes látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem teljes látóképességének teljes elvesztése, ha a másik szem ép	40%
Ha a másik szem látóképességét a biztosítás életbelépése előtt már elvesztette	60%
Mindkét fül teljes hallóképességének elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének elvesztése	15%
Amennyiben a másik fül hallóképességét a biztosítás előtt már elvesztette	45%
Beszélőképesség teljes elvesztése	60%
Beszédértési készség teljes elvesztése	60%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

2. számú melléklet: A műtétek és beavatkozások besorolása (kivonat)

Ez a melléklet a teljes körű műtéti lista kivonata. A biztosító részletes műtéti listája alapján a biztosító orvosa állapítja meg az adott műtét besorolási kategóriáját. A műtétek részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.

A biztosításból kizárt műtétek:

- A nemzőképességet megszüntető (sterilizációs) műtétek
- Kozmetikai és plasztikai műtétek
- Magzaton végzett műtéti beavatkozások
- Mesterséges megtermékenyítés, illetve művi terhességmegszakítás különböző formáival kapcsolatos beavatkozások
- A biztosított veleszületett rendellenességével, illetve a születés körüli időszakban szerzett betegségekkel, állapotokkal, károsodásokkal össze függő műtétek
- Halasztott műtétek, melyek szükségessége a kockázatviselés kezdete előtt már megállapítható volt, s a műtét szükségességéről a biztosított tudott, vagy tudnia kellett
- Elektromos ingerületkeltő készülékek testbe történő beépítése (implantációja) – például pacemaker
- Artroszkópos (ízületi csőtükrözéses) porc eltávolítás, szalagplasztika, szalagpótlás, ízületi tok bemetszés
- Bőrhegek, bőr idegentestek, ganglionok eltávolítása
- Nyaki borda eltávolítása
- Végtagi visszérműtétek
- Habitális és inveterált ízületi ficamok helyreállítása
- Bütyök, kalapácsujj műtéte
- Veleszületett csípőficam fedett repozíciója
- Korábbi műtét során behelyezett, vagy baleset során szerzett fémanyag eltávolítása

Kis műtétek (4):

- Járomcsont törés nyílt repozíciója
- Combfej megtartó nyomás csökkentő műtét
- Osteotomia végtagok hosszú csöves csontjain illetve a medence csontjain
- Bőrön keresztül vezetett tűződrótos rögzítés
- Petefészek eltávolítása laparoscoppal
- Végbél sipoly műtéti kiirtása
- Endoscopos arcüregműtét
- Arthrodesis, csavarozás
- Achilles tenotomia
- M abductor pollicis in incisioja (De Quervain kontraktura)
- Necrectomia
- Köves epehólyag csőtükrözéssel történő eltávolítása
- Amputatio digiti post amputationem traumaticam
- Flexor ín varrat kézen

Közepes műtétek (3):

- Reinsertio lig. patellae
- Csípőlapát törés rögzítése (lemez, csavar)
- Combfej resectio
- KFI lemezelés
- DHS synthesis
- Enders szegezés
- Pancreas sérülés ellátása
- Sigmoidostomia
- Lymphadenectomia retroperitonealis
- Coronaria angioplastica bypass ágon
- Resectio et reconstr. c. implant. venae intraabdominalis
- Keményszájpadplasztika
- Exstirpatio glandularum parathyreoidearum totalis
- Plexus brachialis ágainak mikrosebészeti varrata

Nagy műtétek (2):

- Chiari osteotomia
- Duraplastica (cranialis) autolog
- Intracerebralis haematoma eltávolítása
- Osteomyelitis koponyacsont resectio
- Üvegtest csere
- Laryngectomy totális
- Bypass a coronarian és/vagy ágain
- Intracranialis percutan transluminális angioplastica
- Impressio kiemelés térden, arthrotomia
- Térdizületi porc-csont autograft osteochondr. diss.
- Repositio, csípő műtéti+medence osteotomia
- Könyökprotézis beültetés
- Repositio, csípő műtéti
- Laryngectomy totális
- Colectomia

Kiemelt műtétek (1):

- Veseátültetés élőből
- Fixateur interne alkalmazása
- Spondylodesis-PLIF
- Térdprotézis beültetés, total
- Resectio totalis oesophagei (pótlás gyomorral)
- Reconstructio bronchi
- Rupturált aneurysma korrekciója
- Resectio apicis pulmonis
- Belső hallójárat feltárása a középső scalán át
- Transcranialis orbita feltárás
- Janetta műtét (agyideg decompressio)
- Gerinctörés csontfragm.kiem., decompr.laminectomia
- Frontobasalis sérülés ellátása
- Impressió koponyatörés ellátása
- Szívátültetés
- Tüdőátültetés
- Májátültetés

A Best Doctors® Egészségbiztosítás Különös Feltételei

1) Bevezető rendelkezések

A Best Doctors Egészségbiztosítás (továbbiakban: biztosítás) jelen Különös Feltételek, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei, valamint az ajánlatban foglaltak szerint jön létre a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1., továbbiakban: biztosító), valamint bármely személy (a továbbiakban: szerződő) között.

Amennyiben a Különös Feltételek bármely rendelkezése eltér az Általános Életbiztosítási Feltételekben, illetve az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekben foglaltaktól, úgy a jelen Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.

2) Definíciók

- a) **Ajánlat:** nyomtatvány, melyen a szerződő ajánlatot tesz a biztosítás megkötésére.
- b) **Best Doctors:** az a vállalkozás (Best Doctors España S.A.U.), mely jelen biztosítás vonatkozásában az Inter-Consultation™ és FindBestCare® elnevezésű egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja. E vállalkozás a biztosító szolgáltatásnyújtó partnere.
- c) **Betegség:** az egészségi állapotban bekövetkező nem baleseti eredetű változás, melyet a megfelelő szakképesítéssel rendelkező orvos diagnosztizál és erősít meg. Jelen biztosítás vonatkozásában egy betegségnek kell tekinteni az azonos okból vagy egymással összefüggő okokból kialakult összes betegséget és sérülést. Ha egy betegséget ugyanaz vagy azzal összefüggő tényező okoz, mint egy korábbi betegséget (ideértve a korábbi betegség következményeit és a korábbi betegségből származó komplikációkat), akkor az új betegség a korábbi betegség folytatásának tekintendő, s nem egy önálló betegségnek.
- d) **Biztosítás:** jelen Különös Feltételek, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei, a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei, valamint ezek mellékletei, záradékai alapján létrejött biztosítási szerződés, mely szerződés létrejöttét a biztosítási kötvény igazolja.
- e) **Biztosítási díj:** a biztosítás és a biztosító kockázatviselésének ára, melyre a biztosító jogosult.
- f) **Biztosítási szolgáltatások:** azon szolgáltatások (és az esetlegesen hozzájuk tartozó térítési összeghatárok), melyek igénybevételére a biztosítás fedezetet nyújt.
- g) **Biztosított:** az a természetes személy, akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg és a biztosítási kötvényben ekként van felsorolva. A biztosított jelen feltételek szerint definiált belépési kora legalább 19, legfeljebb 60 év lehet. A biztosítottnak lehetősége van a jelen feltételek szerint definiált hozzátartozóit is bevonni a biztosítási szerződésbe biztosítottként. A biztosítottra és a biztosítási szerződésbe bevont hozzátartozóra vonatkozó biztosítási fedezetek „családi csomagot” képeznek. A „családi csomagba” hozzátartozóként bevont biztosított jelen feltételek szerint definiált belépési kora 0-18 év között is lehet, amennyiben a biztosított megfelel a l) pont rendelkezéseinek.
- h) **Biztosított belépési kora:** adott biztosítottra vonatkozóan a biztosítás kockázatviselése kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége. A biztosított így meghatározott életkora minden biztosítási évfordulón eggyel emelkedik.
- i) **Egészségi nyilatkozat:** a biztosított egészségi kockázatainak felmérésére szolgáló nyomtatvány, mely jelen biztosításra vonatkozó ajánlat kockázatalbírálásának alapját képezi. 18 év alatti biztosítottak esetén e nyomtatványt a biztosított törvényes képviselője tölti ki és írja alá.
- j) **Előzetes fedezetigazolás:** a biztosító vagy a Best Doctors által kibocsátott, kizárólag a biztosított által a külföldi gyógykezelési szolgáltatás helyszínül választott kórházra érvényes írásos dokumentum, mely a biztosított külföldi, általa választott kórházba megszervezett gyógykezelése előtt igazolja a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások, gyógykezelések, terápiás tervek biztosítási fedezetének fennállását.
- k) **FindBestCare® szolgáltatás:** a Best Doctors azon szolgáltatása, melynek keretében a különböző egészségügyi szolgáltatókkal egyeztetéseket folytat és minden részletre kiterjedően megszervezi a biztosított külföldi gyógykezelését, ideértve a biztosított külföldi kórházba történő felvételének megszervezését, a külföldi gyógykezelés során a (szak)orvosi vizsgálatok, konzultációk, kezelések megszervezését, a külföldi gyógykezelés során a (szállodai) elhelyezés megszervezését, a külföldi gyógykezelés helyszínére történő elutazás és az onnan történő hazautazás megszervezését, valamint a biztosított számára a megfelelő tájékoztató, információszerezési lehetőségek biztosítását. A Best Doctors a fentiekben túl a szolgáltatás keretében ellenőrzi, hogy a biztosított megfelelő orvosi ellátást kap(ott)-e a külföldi gyógykezelés során. Emellett a Best Doctors foglalkozik a külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó számlák feldolgozásával és kiegyenlítésével, ideértve annak biztosítását, hogy a számlák az igénybevett szolgáltatásokat tükrözzék és összegükben érvényesüljön az a kedvezmény, amit a Best Doctors és az egészségügyi szolgáltatók közti megállapodások lefektetnek, továbbá, hogy a számlázás duplikációktól, hibáktól, csalásoktól mentes legyen.
- l) **Hozzártartozó:** jelen biztosítás vonatkozásában hozzátartozónak minősül (1) a biztosított jelen definíció későbbi szakaszában akként értelmezett partnere és (2) a biztosított, valamint a biztosított partnerének nőtlen/hajadon, 0-18 év közötti, eltartott gyermeke (ideértve a mostohagyermeket és az örökbefogadott gyermeket is).

Jelen definíció vonatkozásában a biztosított partnere lehet:

- a biztosított házastársa;
- a biztosított élettársa;
- nőtlen/hajadon vagy élettársi kapcsolatban nem élő biztosított esetén az a biztosítottal egy háztartásban élő, 18 év feletti személy, aki pénzügyileg függ a biztosítottól (vagy kölcsönösen függnek egymástól).

A biztosított partnere nem lehet a biztosított rokona, illetve házastárs/élettárs megléte esetén más, tőlük különböző személy. A partner lehet a biztosítottal megegyező és eltérő nemű is. Partnerként csak egy személy nevezhető meg.

- m) **InterConsultation™ (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás:** a Best Doctors azon szabadalmaztatott orvosi elemző szolgáltatása, melynek keretében egy képzett egészségügyi szakemberekből álló testület áttekinti a biztosítottra vonatkozó és elérhető orvosi dokumentációt (például kórházi zárójelentések, vizsgálati eredmények, kórtörténet), majd egy, az adott orvosi szakterület világszerte elismert, tapasztalt orvos specialista az orvosi dokumentáció részletekbe menő vizsgálata, elemzése és értékelése útján egy korábbi diagnózishoz kapcsolódóan második orvosi szakvéleményt állít ki.
- n) **Káresemény:** olyan esemény, melyre, melynek következményeire részben vagy egészben fedezetet nyújt a biztosítás. Ugyanazon okból eredeztethető, akár több ilyen következmény egy kárnak tekintendő.
- o) **Kedvezményezett:** a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra a biztosított jogosult, a haláleseti szolgáltatásra a szerződő és a biztosított eltérő rendelkezése hiányában a biztosított örököse jogosult, míg a kármentességi bónuszra a szerződő jogosult.
- p) **Kizárás:** olyan külön meghatározott helyzet vagy állapot, melyre a biztosítás nem nyújt fedezetet. Kizárt kórképek esetén a biztosító szolgáltatást nem teljesít. A kizárásokat jelen biztosítás vonatkozásában a 8) pont tartalmazza.
- q) **Kísérleti gyógyellátás:** orvosi, egészségügyi és műtéti felhasználásra, használatra szánt eljárások, folyamatok, kezelések, eszközök, gyógyszerek és gyógyszerészeti termékek, melyeket a nemzetközi orvosszakma által elismert különböző tudományos szervezetek még nem fogadtak el általánosan biztonságos, hatékony és megfelelő módszernek a betegségek és sérülések gyógyítására, kezelésére. Azok a módszerek is ide tartoznak, melyek kutatási, tesztelési fázisban, vagy klinikai kísérletek bármelyik fázisában vannak.
- r) **Kockázatviselés kezdete:** a biztosítás kockázatviselésének kezdete a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0. órája, illetve új biztosított belépése esetén azon biztosítási évforduló napjának 0. órája, amelyen az új biztosított a szerződésbe belépett.
- s) **Kockázatviselés vége:** a biztosítás megszűnésének napja. A biztosítás megszűnésének eseteit a 20) pont tartalmazza.
- t) **Kórház:** az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, valamint kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik.
- u) **Kórházi ápolás:** legalább egy éjszakányi kórházi benntartózkodást szükségessé tevő gyógykezelés.
- v) **Krónikus kórállapot:** mindazon betegségek, sérülések (ideértve a mentális és függőséggel kapcsolatos kórkepeket), melyek az alábbiak közül legalább egy tulajdonsággal rendelkeznek:
- nincs ismert gyógymódja, terápiája;
 - folyamatosan észlelhető és érzékelhető tüneteket produkál;
 - maradandó funkciókárosodáshoz vezet;
 - a beteg speciális betanítását vagy speciális rehabilitációját követeli meg;
 - a betegnél hosszan tartó felügyeletet, ellenőrzést vagy kezelést tesz szükségessé.
- w) **Meglévő betegség:** betegség, melyet a biztosítás kockázatviselésének kezdete előtt kivizsgáltak, diagnosztizáltak vagy kezelték, továbbá minden olyan betegség, aminek a tünetei már ezen időpont előtt is jelentkeztek.
- x) **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.
- y) **Nem invazív és "in situ" rák:** rosszindulatú daganat, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejtjeiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a strómát vagy a környező szöveteket. Preinvazív tumor, amit kialakulásának kezdeti szakaszában diagnosztizálnak, és teljes eltávolítása esetén kedvező túlélési rátával rendelkezik.
- z) **Orvos:** olyan szakember, aki orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek megfelelően nyújt egészségügyi szolgáltatásokat.
- aa) **Orvosszakmai szempontból indokolt egészségügyi szolgáltatás:** olyan egészségügyi szolgáltatás:
- mely a biztosított alapvető egészségi szükségleteinek biztosításához szükséges;
 - amit az orvosszakmai szempontból leginkább megfelelőnek ítélt módon és módszerrel nyújtanak, figyelembe véve az egészségügyi szolgáltatás költségét és minőségét;
 - mely az alkalmazott eljárások típusát, rendszerességét és hosszát tekintve összhangban van a biztosító által elismert, orvostudományi kutatással vagy egészségbiztosítással foglalkozó vállalatok vagy kormányzati szervek tudományosan alátámasztott irányelveivel;

- mely a betegség vagy kórkép diagnózisával összhangban van;
 - mely nem a biztosított vagy a biztosított orvosának saját egyéni szempontjai alapján válik szükségessé;
 - melyről az uralkodó, általánosan elismert és elfogadott orvosi irodalom bizonyítja, hogy:
 - o biztonságos és hatékony kezelése vagy diagnosztizálása annak a kórképnek vagy betegségnek, amelyre javasolták;
 - o biztonságos abban az értelemben, hogy hatékony:
 - életveszélyes kórképek vagy betegségek kezelésében;
 - ellenőrzött klinikai kísérletekben.
- bb) **Protézis:** olyan eszköz, ami egy emberi szerv egészét vagy részét, vagy egy működésképtelen és diszfunkcionáló testrész funkcióját részben vagy egészben helyettesíti, pótolja.
- cc) **Sérülés:** a biztosított testét ért károsodás.
- dd) **Terrorcselekmény:** olyan cselekmény, mely erőszak, illetve kényszer alkalmazásával, és/vagy ezekkel történő fenyegetéssel jár együtt, függetlenül attól, hogy egy személy, vagy személyek egy csoportja hajtja végre a saját vagy bármely szervezet/kormány nevében, illetve velük kapcsolatban politikai, vallási, ideológiai vagy hasonló célból, ideértve bármely kormány befolyásolására vagy a társadalom (egy részének) megfélemlítésére tett törekvéseket, valamint biológiai, kémiai, radioaktív, nukleáris anyagok, eszközök vagy fegyverek használatát.
- ee) **Területi hatály:** jelen biztosítás kizárólag a Magyarország területén kívül igénybe vett külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó költségekre nyújt fedezetet.
- ff) **Térítési összeghatár:** a 6) pontban részletezett valamely orvosi beavatkozás elvégzését magában foglaló, a biztosítás keretében igénybe vett külföldi gyógykezelési szolgáltatáshoz rendelt maximális szolgáltatási limitösszegek. Az ajánlat aláírásakor érvényben lévő, adókkal és járulékokkal növelt térítési összeghatárokat az I. számú melléklet I) pontja, illetve a biztosítási kötvény tartalmazza.
- gg) **Veleszületett betegségek és születési rendellenességek:** olyan kórkép, mely öröklött tényezők vagy a terhesség alatt szerzett betegség miatt már a születés pillanatában fennáll, s amit a születés pillanatában, vagy később, a beteg élete folyamán bármikor felfedeznek.

3) Biztosítási esemény

- a) **A biztosítottnál - több biztosított esetén bármely biztosítottnál - a kockázatviselés ideje alatt olyan betegség diagnosztizálása, mely a 6) pontban szerepel és/vagy amelynek kezelésére a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások valamelyikét javasolták, feltéve, hogy a diagnosztizált betegség tünetei először a kockázatviselés ideje alatt jelentkeznek.**
- b) A biztosítottnak - több biztosított esetén bármely biztosítottnak - a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező halála.
- c) A biztosítottnak - több biztosított esetén bármely biztosítottnak - az életben léte a biztosítás lejáratának napján úgy, hogy a lejárat napját elérő biztosított a kockázatviselés ideje alatt nem vette igénybe a külföldi gyógykezelési szolgáltatást.

4) A biztosító szolgáltatása

A biztosító és a Best Doctors a jelen különös feltételekben megfogalmazott feltételek fennállása esetén az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- a) **Külföldi gyógykezelési szolgáltatás:** a következőkben részletezett rendelkezésekre és korlátozásokra is figyelemmel a biztosítási szerződés a térítési összeghatárokig fedezi mindazon egészségügyi szolgáltatásokkal (például diagnosztikai vizsgálatokkal, kezelésekkal, terápiákkal, konzultációval, terápiás tervekkel), illetve ezen egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő egyéb szolgáltatásokkal (például a biztosított elszállásolásával és utaztatásával) kapcsolatos, számlával igazolt költségeket, melyek a biztosított külföldi gyógykezelésének megszervezése, illetve lebonyolítása során merülnek fel, feltéve, hogy az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások jelen különös feltételek értelmében orvosszakmai szempontból szükséges és indokolt szolgáltatásnak minősülnek, valamint a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozásokhoz kapcsolódnak, s ezen eljárásokat kiváltó betegségek (első) diagnosztizálása a kockázatviselési időszak alatt történik és e betegségek tünetei először a kockázatviselési időszak alatt jelentkeznek. **A külföldi gyógykezelési szolgáltatás nyújtásának előfeltételét képezi az InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás igénybevétele.** A külföldi gyógykezelési szolgáltatásnak a FindBestCare szolgáltatás részét képezi.
- b) **Haláleseti szolgáltatás:** amennyiben a biztosítás tartama alatt a biztosított (több biztosított esetén bármely biztosított) bármely okból kifolyólag elhalálozik, a biztosító haláleseti szolgáltatást teljesít. A haláleseti szolgáltatás alapja a halál időpontjáig az elhunyt biztosított vonatkozásában befizetett biztosítási díjak összege, melyet a biztosító egy összegben fizeti ki az arra jogosult kedvezményezett részére.
- Amennyiben a biztosítási szerződésben több biztosított is szerepelt, és a biztosított halálát követően továbbra is legalább egy olyan személy van a biztosítottak között, aki legalább 19 éves, úgy a szerződés a haláleseti szolgáltatás kifizetésével nem szűnik meg, hanem továbbra is érvényben marad az életben lévő biztosítottakra vonatkozóan, a rájuk vonatkozó aktuális biztosítási díjak fizetése, illetve az aktuális térítési összeghatárok mellett.

- c) **Kármentességi bónusz:** azon biztosítottak vonatkozásában, akik a biztosítási tartam lejártakor életben vannak és a biztosítási tartam alatt nem vették igénybe a külföldi gyógykezelési szolgáltatást, azaz nem részesültek a jelen szerződés alapján külföldi kórházi gyógykezelésben, illetve azzal kapcsolatos költségterítésben, a biztosító a szerződés lejártakor kármentességi bónuszt fizet. **Azon biztosítottak vonatkozásában, akik ezen kritériumokat nem teljesítik, a biztosító nem teljesít kármentességi bónusz kifizetést.**

A kármentességi bónusz kifizetésére egy összegben kerül sor, a kifizetést a biztosító a szerződő részére teljesíti. A kármentességi bónusz mértékét a biztosító a tartam során befizetett díjak, a tartam hossza, valamint a tartamtól függő bónuszkulcsok alapján határozza meg. A kármentességi bónusz számításának módját, valamint a bónuszkulcsokat jelen feltételek 2. számú melléklete tartalmazza.

5) Egészségi kockázatelbírálás, közlési kötelezettség

- a) A biztosítási szerződés a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos, egészségi nyilatkozatban megadott információk alapján jön létre. Az említett nyilatkozatok a biztosított egészségi kockázatainak felmérését és elbírálását, így az egészségbiztosítási ajánlat elbírálását segítik.
- b) **A biztosító a kockázatviselés és a biztosítási fedezet vállalásakor és fenntartásakor feltételezi, hogy a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban az egészségi nyilatkozatban megadott, a biztosított által ismert és a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges információk a valóságnak megfelelnek és a szükséges mértékben részletezettek.**
- c) Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a biztosított olyan kockázatot jelent, amelyet a biztosító nem vállalhat, vagy amely kizárt kockázatot jelent – a szerződést 30 napon belül írásban felmondhatja. A szerződés felmondása esetén a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződő részére.
- d) Ha a szerződő és a biztosított a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik. A szerződés ilyen megszűnése esetén a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződő részére.

6) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett orvosi beavatkozások

- a) **Rákos megbetegedés kezelése:** olyan rosszindulatú tumorok esetében végzett kezelés, ahol a tumor nem betokosodott (izolált), és amelyeket a tumorsejtek kontrollálatlan növekedése és szövetekbe terjedése jellemez, ideértve a leukémia és a Hodgkin lymphoma gyógyítását is.
- b) **Szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét (a szívizom vérellátásának helyreállítására):** nyílt szívű műtét végrehajtása legalább két szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának bypass graft segítségével történő korrigálása céljából. Jelen beavatkozás végrehajtására vonatkozó kárigény elfogadásához a beavatkozás szükségességét angiográfiás vizsgálattal igazolni kell.
- c) **Szívbillentyű cseréje:** nyílt szívbillentyűműtét végrehajtása egy vagy több szívbillentyű cseréje érdekében, melyet a szívbillentyű(k) defektusa, abnormalitása vagy betegsége tesz szükségessé. Jelen beavatkozás végrehajtására vonatkozó kárigény elfogadásához a beavatkozás szükségességét hemodinamikus és szívlultrahang vizsgálattal igazolni kell.
- d) **Idegsebészeti beavatkozás:** az agyat vagy a koponyaűr más részeit érintő műtéti beavatkozás.
- e) **Élő donoros szerv- és szövetátültetés:** vese és tüdő leheny egészének, illetve máj és hasnyálmirigy egy részének, valamint autológ vagy allogén csontvelő műtéti úton történő beültetése a betegbe (biztosítottba). A beültetett szerv (szervet alkotó szövet) élő, vizsgálatok során megfelelően bizonyult emberi donorból származik.

7) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett költségek, kiadások

A külföldi gyógykezelési szolgáltatás megszervezéséhez és lebonyolításához kapcsolódó bármely költség, kiadás biztosító általi finanszírozásának feltétele, hogy a biztosított a 13) pontban részletezett kárfolyamatnak megfelelően járjon el.

A 4) pontban meghatározott, a külföldi gyógykezelési szolgáltatás megszervezéséhez és lebonyolításához kapcsolódó, a biztosító által a térítési összeghatárok mértékéig fedezett költségek a következők:

- a) Kórházi ellátás költségei, úgy mint:
- a kórházi benttartózkodás ideje alatt a biztosított elhelyezésének, étkeztetésének költsége és az általános ápolói szolgálat költsége;
 - egyéb kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a kórház járóbeteg részlegei által nyújtott szolgáltatás költségét és a biztosított kísérője számára biztosított vendégágy költségét, feltéve, hogy a kórház ilyen szolgáltatással rendelkezik;
 - műtő és annak minden eszköze, szolgáltatása használatának költsége.
- b) Egynapos sebészeti beavatkozásokat végző ambulanciákon vagy független egészségügyi központokban történő kezelés, műtét, terápia költsége, feltéve, hogy ezekre kórházi végrehajtásuk esetén a biztosítás fedezetet nyújtana.
- c) Orvosok javadalmazására fordított kiadások, kivéve a hálapénzt (paraszolvenciát): vizsgálatok, kezelések, műtétek, terápiák költsége.

- d) A kórházi ápolás ideje alatt az orvosi vizitek költsége.
- e) A következő egészségügyi és műtéti szolgáltatások, kezelések, vizsgálatok és rendelvények költsége:
 - érzéstelenítés és altatás, valamint az ezekhez használt szerek beadásának költségei, feltéve, hogy az érzéstelenítést és altatást szakképzett aneszteziológus végzi;
 - laboratóriumi vizsgálatok és patológia, diagnosztikai célú röntgen vizsgálatok, sugárterápia, radioaktív izotópos eljárások, kemoterápia, electrocardiogram (EKG), szívultrahang, mielogram, elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputer tomográfia (CT), valamint más hasonló tesztek és vizsgálatok, melyek a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások végrehajtásához szükségesek, feltéve, hogy ezeket orvos végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzik;
 - vérátömlesztés, valamint vérplazma és vérsavó beadása;
 - oxigén használata és intravénás kezelések, injekciók alkalmazása.
- f) A kórházi tartózkodás ideje alatt orvosi rendelvény alapján alkalmazandó gyógyszerek, gyógyszerészeti készítmények költsége. A gyógykezelés posztoperatív szakaszára előírt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége a kórházból történő elbocsátást követő 30 napig.
- g) Mentőautóval vagy légimentővel történő szállítás költsége, ha azt orvos írja elő és a biztosító előzőleg jóváhagyja.
- h) Az élő szervdonor számára a szervátültetéshez, illetve a beültetendő szerv donorból történő eltávolításához kapcsolódóan nyújtott szolgáltatások költsége, úgy mint:
 - a lehetséges donorok felkutatásának költsége;
 - a donornak nyújtott kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a donor kórházi elhelyezésének és étkeztetésének költségét, az általános ápolói szolgálat költségét, a kórházi személyzet egyéb, megszokott szolgáltatásainak költségét, a laboratóriumi tesztek költségét és a kórház egyéb eszközei, berendezései használatának költségét (kivéve azokat a személyes használatra szánt eszközök költségét, melyek nem szükségesek a szervátültetés lebonyolításához);
 - a szervátültetés végrehajtásához szükséges, donoron végzett egészségügyi szolgáltatások és műtéti beavatkozások költsége.
- i) Élő szövetek átültetésével kapcsolatban felmerülő, a csontvelő pótlását, helyettesítését célzó anyagok és szolgáltatások költsége. Jelen költségtípus biztosításból történő finanszírozása csak attól az időponttól lehetséges, amikor az első, biztosítás által fedezett bármilyen költség felmerült.
- j) A biztosított és egy kísérője számára megszervezett, a külföldi gyógykezelés helyszínére menetrend szerinti járással történő elutazás és az onnan történő hazautazás költségei.
- k) A kizárólag külföldi gyógykezelés céljából történő utazás során a biztosított és egy kísérője számára megszervezett (szállodai) elhelyezés költségei.
- l) A külföldi gyógykezelés során elhalálozott biztosított földi maradványainak a biztosított lakóhelye szerinti ország valamely temetkezési helyére történő szállítása költségei, ezen felül a minimális követelményeknek megfelelő koporsó, balzsamozási eljárás biztosításának költségei, valamint a holttest hazaszállításához szükséges adminisztratív intézkedések költségei.

8) Kockázatkizárások

A biztosító kockázatviselése a külföldi gyógykezelési szolgáltatás, illetve a külföldi gyógykezelési szolgáltatás megszervezéséhez és lebonyolításához kapcsolódó költségek vonatkozásában az Általános Életbiztosítási Feltételek és az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek kockázatkizárásokról, valamint a biztosító mentesüléséről szóló pontjaiban foglaltakon túl nem terjed ki az alábbi esetekre:

Általános kizárások

- a) Minden olyan betegség vagy sérülés kapcsán felmerülő költség, mely szeizmikus földmozgás, árvíz, vulkánkitörés és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is.
- b) Minden olyan költség, amely bármilyen típusú baleset eredményeképp merül fel, ideértve azon baleseteket is, melyeket a biztosított a hivatása gyakorlása közben szenvedett el, a munkahelyi baleseteket és foglalkozási ártalom miatt kialakult betegségeket, valamint a gépjárműhasználat közben fellépő baleseteket is.
- c) Minden olyan gyógykezelés, amelyet alkoholizmussal, kábítószer függőséggel és/vagy bódító hatású anyagok használatával kapcsolatban rendeltek el, túlzott alkoholfogyasztás és/vagy pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén kábítószeres használat miatt. Szintén kizárásra kerülnek a biztosításból a biztosított öngyilkossági kísérletének, valamint az öncsonkításra, önnön megkárosítására tett kísérletének következményei, illetve az ebből eredő betegségek.

Orvosi, egészségügyi kizárások

- d) Minden meglévő és/vagy veleszületett betegség, születési rendellenesség, abnormális elváltozás, illetve minden olyan betegség, amely a biztosítottnak a szerződésbe történő belépése előtt lépett fel.
- e) Minden olyan kísérleti gyógyellátás, diagnosztikai, terápiás célú és/vagy műtéti beavatkozás, melyek biztonságát és megbízhatóságát tudományos módon nem igazolták.

- f) A biztosított HIV (AIDS) vírus fertőzöttsége, illetve minden olyan betegség, mely összefüggésben áll a biztosított HIV (AIDS) vírus fertőzöttségével vagy annak bármilyen kezelésével, ideértve a Kaposi szarkóma néven ismert betegséget is.
- g) Minden olyan költség, amely alternatív gyógyászat alkalmazása során merül fel, még abban az esetben is, ha kimondottan orvosi rendelvényre vették igénybe.
- h) Minden olyan kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy egyéb terápiás terv költsége, mely olyan betegség kapcsán merül fel, melyre a legmegfelelőbb gyógymód a szervátültetés.
- i) Minden olyan betegség, amelynek oka szervátültetés, kivéve, ha az adott betegsége a szerződés kockázatvállalása kifejezetten kiterjed.

Nem fedezett költségek, kiadások

- j) Minden olyan diagnózissal, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos vagy azzal összefüggő költség, amely Magyarországon merült fel.
- k) Minden olyan diagnózissal, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos vagy azzal összefüggő költség, amely akkor merült fel, amikor a biztosított bármely 12 hónapos periódust tekintve, több mint 91 napon keresztül megszakítás nélkül Magyarország határain kívül tartózkodott.
- l) Minden olyan költség, mely szülési és gyermekágyi kezelés, otthoni ápolás, szanatóriumi központ vagy ápolási intézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haldokló páciensek gondozása (hospice) vagy idősok otthonában nyújtott szolgáltatások kapcsán merül fel, még akkor sem, ha ezen szolgáltatások a szerződés által fedezett betegségek vagy orvosi beavatkozások folytán válnak szükségessé.
- m) Mindenfajta protézis vagy egyéb ortopédiai eszközök, fűzők, kötszerek, mankók, művégtagok és szervek, parókák (még abban az esetben sem, ha használata kemoterápiás kezelés következtében válik szükségessé), ortopéd cipők, sérvkötők és egyéb hasonló felszerelések vagy eszközök költsége, kivéve az emlőeltávolító műtét esetében használt mellprotézisek, valamint a szívbillentyű protézisek költségeit.
- n) Minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem hivatalos gyógyszerárban vásároltak, vagy amely orvosi rendelvény nélkül beszerezhető.
- o) Minden olyan költség, amely agyi szindróma, szenilitás vagy agykárosodás miatt szükségessé vált orvosi felügyelet vagy elzárás kapcsán merül fel, függetlenül a betegség előrehaladottságának fokától.
- p) Az olyan fordítási, telefon-használati és egyéb költségek, melyek személyes célú használattal jellemezhető vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel.
- q) Minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító berendezések, vagy az előzőekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlete kapcsán merül fel.
- r) Minden olyan költség, amely a biztosított, a biztosított rokonai és kísérői részéről - illetve részükre nyújtott szolgáltatások kapcsán - merül fel, kivéve azokat, amelyeket a jelen szerződés kifejezetten megenged.
- s) Orvosszakmai szempontból szükségtelen és indokolatlan költségek.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások rákkezelés vonatkozásában

- t) Minden olyan tumor, ami HIV (AIDS) vírus jelenlétében alakul ki.
- u) Minden olyan tumor, amely szövettanilag premalignus állapotúként írtak le, vagy amely a rosszindulatú daganattá válás első tüneteit mutatja.
- v) A nem invazív vagy „in situ” rákfajták.
- w) A bőrrák, kivéve a rosszindulatú melanómákat.
- x) Húgyhólyag papilláris rákja (mirigyes hólyagrák).

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét vonatkozásában

- y) Minden olyan szívkoszorúér betegség, melynek kezelése során a by-pass műtéttől eltérő technikát alkalmaztak, így például az angioplasztikai sebészet bármely típusa.
- z) Az aorta traumás sérülései és/vagy az aorta koszorúér veleszületett elváltozásai.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások szívbillentyű csere vonatkozásában

- aa) A szívbillentyűk traumás sérülései vagy veleszületett elváltozásai.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások idegsebészeti beavatkozás vonatkozásában

- bb) Traumás sérülés következtében szükségessé váló koponyaműtét (kraniotómia).

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások élő donoros szervátültetés és csontvelő átültetés vonatkozásában

- cc) Az olyan transzplantáció, amely alkoholizmus következtében kialakuló májzsugor miatt válik szükségessé.
- dd) Az olyan transzplantáció, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre, kivéve a csontvelő-átültetést.
- ee) Az olyan transzplantáció, melyben a biztosított donorként szerepel.
- ff) A nem élő donoros szervátültetés.
- gg) Az őssejt átültetés.
- hh) Olyan szervátültetés, mely a donor szerv megvásárlása miatt válik lehetségessé.

9) Várakozási idő

- a) **A külföldi gyógykezelési szolgáltatás vonatkozásában a biztosító 6 havi várakozási időt köt ki, azaz a biztosított kizárólag akkor jogosult bármilyen szolgáltatásra, amennyiben a jelen szerződésben fedezett bármely betegség diagnosztizálása és tüneteinek első jelentkezése a kockázatviselés kezdetétől – új biztosított belépése esetén a biztosított belépésének napjától – számított 6 hónap elteltével történt. Azon betegségek vonatkozásában, melyek diagnosztizálása a várakozási idő alatt történik és/vagy e betegségek tünetei először a várakozási idő alatt jelentkeznek, a biztosító és a Best Doctors szolgáltatást nem teljesít.**
- b) **A haláleseti szolgáltatás vonatkozásában – amennyiben a haláleset nem baleseti eredetű – a biztosító 6 havi várakozási időt köt ki. A biztosított várakozási idő alatt bekövetkező halála esetén a biztosítás kifizetés nélkül szűnik meg az elhunyt biztosított vonatkozásában. Baleseti eredetű halál esetén a biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, és a jelen feltételek szerinti haláleseti szolgáltatást nyújtja az elhunyt biztosított vonatkozásában.**

10) A biztosítás tartama

A szerződés határozott tartamra jön létre. Tartamot a szerződő ajánlattételkor választ. A szerződés legalább 10 legfeljebb 20 éves tartamra, csak egész évekre köthető, s a biztosítási tartam megválasztásánál további feltétel, hogy a tartam végén a biztosított (több biztosított esetén a legidősebb biztosított) legfeljebb 75 éves lehet. A lejárat napja a tartam utolsó biztosítási évének utolsó napja.

11) Díjfizetés

- a) A díjfizetési gyakoriság a szerződő választása szerint lehet havi, negyedéves, féléves, vagy éves. A díjfizetés módja banki átutalás vagy postai csekk lehet. Különböző díjfizetési gyakoriságok mellett az egy éves biztosítási időszakra számolt biztosítási díjak nem feltétlenül egyeznek meg, a biztosító havinál ritkább díjfizetési gyakoriság esetén kedvezményt adhat. A szerződésre befizetett biztosítási díjak euróban teljesítendők.
- b) A „családi csomag” részét képező és legfeljebb 18 éves biztosítotttra vonatkozó biztosítási fedezetek száma alapján és e fedezetek vonatkozásában a biztosító díjkedvezményt adhat.
- c) A díjfizetési időszak minden esetben megegyezik a biztosítás tartamával.
- d) A kezdeti biztosítási díj az ajánlaton kerül feltüntetésre.
- e) A szerződőnek eseti biztosítási díjak fizetésére jelen biztosítás vonatkozásában nincsen lehetősége.
- f) Ha a szerződő nem fizeti meg az esedékessé vált biztosítási díjat 60 napon belül, a díjfizetésre vonatkozóan írásban halasztást nem kapott, és a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton sem érvényesítette, a biztosító a díj esedékességétől számított 60 napig viseli a kockázatot.
- g) Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződőnek legfeljebb 60 napos díjelmaradása van, a biztosító az adott biztosítási esemény vonatkozásában szolgáltatást teljesít (ha azt minden más feltétel is lehetővé teszi), valamint a biztosító az esedékes, de még meg nem fizetett díjat továbbra is elvárja, és a díj iránti igényét bírósági úton is érvényesítheti.
- h) **Amennyiben a szerződő az esedékessé vált biztosítási díjat 60 napon belül nem fizeti meg, a biztosító a díjfizetés elmulasztását úgy vélelmezi, hogy a szerződő a szerződés visszavásárlását kéri. A biztosító ennek megfelelően kifizeti a szerződő részére a visszavásárlási összeget és a szerződés megszűnik.**

12) A biztosított kárenyhítési kötelezettsége

A biztosított köteles enyhíteni a káresemény következményeit minden olyan eszközzel, ami a mielőbbi gyógyulás érdekében felhasználható. Amennyiben a biztosított nem tesz eleget kárenyhítési kötelezettségének, a biztosító mentesül a jelen szerződésből eredő és a folyamatban lévő káreseménnyel kapcsolatos szolgáltatási kötelezettségei alól.

13) Kárfolyamat (a külföldi gyógykezelési szolgáltatás tekintetében)

Ha a biztosítottnál a kockázatviselés ideje alatt olyan betegséget diagnosztizálnak, mely a 6) pontban szerepel és/vagy amelynek kezelésére a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások valamelyikét javasolták, a biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy köteles az alábbi folyamat szerint eljárni.

A jelen pontban szabályozott kárfolyamatnak megfelelő eljárás előfeltétele annak, hogy a biztosított jogosult lehessen a jelen szerződésben fedezett betegségekkel és orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos bármilyen kezelésre, szolgáltatásra, ellátásra vagy terápiás tervre. Továbbá, ha a biztosított az előzetes fedezetigazolás kibocsátása előtt igénybe vesz az adott betegséghez kapcsolódó bármilyen egészségügyi kezelést vagy ellátást, illetve ha nem azon külföldi egészségügyi szolgáltatók szolgáltatásait veszi igénybe, melyeket a biztosító és a Best Doctors ajánl, akkor a biztosító és a Best Doctors mentesül az adott betegséghez kapcsolódó minden szolgáltatási kötelezettsége alól.

a) **Kárbejelentés**

A biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy köteles mielőbb felvenni a kapcsolatot a biztosítóval vagy a Best Doctors-szal, hogy bejelentse a potenciális káreseményt, és igényelje a második orvosi szakvélemény (InterConsultation) szolgáltatást. A biztosítás külföldi gyógykezelési szolgáltatásához kapcsolódó kárigények bejelentésére szolgáló Best Doctors Egészségvonal száma megtalálható az 1. számú melléklet 2) pontjában, valamint a biztosító honlapján (www.cigpannonia.hu).

A Best Doctors tájékoztatja a biztosítottat minden olyan intézkedésről, mely ahhoz szükséges, hogy az InterConsultation szolgáltatás keretében megvizsgálhassák a biztosítottra vonatkozó orvosi dokumentációt, és elkészíthessék a második orvosi szakvéleményt.

b) **Második orvosi szakvélemény kibocsátása és a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság elbírálása**

A második orvosi szakvélemény (InterConsultation) szolgáltatás eredményeképp a biztosított megkapja a második orvosi szakvéleményt, valamint a Best Doctors visszajelzését azzal kapcsolatban, hogy a második orvosi szakvélemény diagnózisa alapján a biztosítási szerződés a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezetet nyújt-e a 6) pontban meghatározott orvosi beavatkozások valamelyikére. Amennyiben megerősítésre kerül, hogy a biztosítási szerződés fedezetet nyújt a diagnosztizált betegség külföldi kezelésére, és a biztosított úgy dönt, hogy igénybe veszi a külföldi gyógykezelési szolgáltatást (tehát vállalja a Magyarországon kívüli, külföldi gyógykezelést), a biztosított köteles ezen döntéséről a biztosítót vagy a Best Doctors-t értesíteni.

A második orvosi szakvélemény kibocsátása és biztosítotthoz történő eljuttatása általában 10-30 munkanapot vesz igénybe attól az időponttól kezdve, amikor a Best Doctors a második orvosi szakvélemény kialakításához szükséges összes orvosi dokumentációhoz hozzájut.

c) **Külföldi kórház kiválasztása**

Abban az esetben, ha a biztosított igénybe kívánja venni a külföldi gyógykezelési szolgáltatást, a Best Doctors összeállítja és eljuttatja a biztosított részére a Best Doctors által az adott betegség kezelésére javasolt külföldi kórházak listáját.

A javasolt kórházak kiválasztása és a javasolt kórházak listájának biztosítotthoz történő eljuttatása a biztosított külföldi gyógykezelési szolgáltatás iránti igényének Best Doctors-hoz történő megérkezését követően általában 10 munkanapon belül megtörténik.

d) **Előzetes fedezetigazolás**

Miután a biztosított értesíti a Best Doctors-t, hogy a javasolt kórházak közül melyikben kívánja a külföldi gyógykezelési szolgáltatást igénybe venni, a Best Doctors teljes körűen megszervezi a választott kórházban történő gyógykezelést, továbbá gondoskodik egy előzetes fedezetigazolás kibocsátásáról, mely kizárólag a kiválasztott kórházra érvényes.

A biztosított az előzetes fedezetigazolás alapján lesz jogosult igénybe venni a megfelelő orvosi beavatkozáshoz kapcsolódó kezeléseket, szolgáltatásokat, ellátásokat és terápiákat a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatásoknak, valamint az előzetes fedezetigazolásban meghatározott feltételeknek és korlátozásoknak megfelelően.

A külföldi gyógykezelés teljes körű megszervezése (ideértve a biztosított elszállásolásának, utaztatásának megszervezését is) és az előzetes fedezetigazolás kibocsátása általában 10 munkanapon belül lezajlik attól az időponttól kezdve, amikor a biztosított értesíti a Best Doctors-t a választott kórházról.

e) **A külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó költségek megtérítése**

Miután a Best Doctors igazolta, hogy a biztosított jogosult a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra, és a biztosított megkapta az előzetes fedezetigazolást, valamint a Best Doctors megszervezte és felügyelte az előzetes fedezetigazolásban meghatározott feltételeknek és korlátozásoknak megfelelő kezeléseket, szolgáltatásokat, ellátásokat és terápiákat a kiválasztott és az előzetes fedezetigazolásban szereplő kórházban, a biztosító átvállalja és megfizeti a biztosított vonatkozásában felmerülő, 7) pontban részletezett költségeket a szerződési feltételekben meghatározott korlátozásokkal, kizárásokkal és feltételekkel.

A biztosított, valamint a biztosított hozzátartozói kötelesek hozzájárulni, hogy a Best Doctors-t vagy a biztosítót képviselő orvosok a teljes kárfolyamat során bármikor felkeressék a biztosítottat, s a biztosító által a kárfolyamat szempontjából lényegesnek ítélt minden információt, felvilágosítást beszerezzenek. E hozzájárulással egy időben a biztosított felmentést ad a biztosítottat felkereső orvosoknak az orvosi titoktartás alól. Ezen kötelezettségek megsértése esetén a biztosított lemond a biztosítási szerződésből eredő, adott kárigényhez kapcsolódó jogairól.

14) Visszkereseti jog

- a) **Amennyiben a biztosító a jelen szerződés alapján felmerülő költségeket megtérítette, úgy a kifizetett költségtérítés erejéig a biztosítót illetik meg azon jogok, melyeket a biztosított gyakorolt a kárért felelős harmadik személlyel szemben. A biztosított köteles aláírni azon dokumentumokat, melyek a biztosító visszkereseti jogát biztosítják.**

- b) A biztosító visszkereseti jogát nem gyakorolja a biztosítottal, a biztosított házastársával vagy a biztosított közeli hozzátartozójával szemben, illetve olyan személlyel szemben, akinek a cselekedetiért a biztosított a felelős, vagy akivel a biztosított egy háztartásban él, vagy aki a biztosított alkalmazásában áll, kivéve ha ezen személyek bármelyike a kárt szándékosan okozta, vagy ha a kár a szerződés fedezetet nyújt.

15) A biztosítási díj és a térítési összeghatárok felülvizsgálata és módosítása

- a) **A biztosító fenntartja a jogot, hogy évente felülvizsgálja és módosítsa:**
- a biztosítási évforduló után esedékessé váló fizetendő biztosítási díjakat; illetve
 - a jelen feltételek I. számú mellékletének 1) pontjában feltüntetett térítési összeghatárokat.
- b) Függetlenül a biztosítási díjak és a térítési összeghatárok éves felülvizsgálatától, az évfordulót követően esedékessé váló biztosítási díjak a biztosítási évfordulón a biztosított aktuális kora szerint és a biztosítási évfordulón érvényes aktuális díjtáblák alapján kerülnek kiszámításra. A biztosított évfordulón aktuális korát a biztosító a 2) h) pontban leírtak szerint veszi figyelembe. A szerződő elfogadja, hogy a biztosítottnak a biztosítási évfordulón aktuális kora szerint fizeti a biztosítási díjat.
- c) A biztosító a következő tényezők alapján lehet jogosult a korcsoportonként meghatározott biztosítási díjakat és a térítési összeghatárokat módosítani: a szerződés pénzügyi és biztosításmatematikai fenntarthatósága érdekében végzett technikai és biztosításmatematikai számítások alapján, a fedezett orvosi beavatkozások költségnövekedésének elemzése alapján, a tapasztalt kárgyakoriság alapján, a fedezett orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos technológiai innovációk elemzése alapján, a viszontbiztosítási díj módosítása alapján, a Best Doctors-nak fizetendő szolgáltatási díj változása alapján, vagy bármely olyan egyéb fejlemény vagy körülmény alapján, mely befolyásolhatja a jelen szerződés szerint nyújtott szolgáltatások költségét.
- d) A biztosító a biztosítási díjakra, illetve a térítési összeghatárokat irányuló azon módosítási szándékáról, melyet nem a biztosított aktuális életkorának változása vagy a „családi csomag” részét képező és legfeljebb 18 éves biztosítottokra vonatkozó biztosítási fedezetek számának változása indokol, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 45 nappal értesíti a szerződőt. Ha a szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig nem nyilatkozik írásban a biztosítási díj, illetve a térítési összeghatárok módosításával kapcsolatban, úgy a biztosítási díj, illetve a térítési összeghatárok a biztosítási évfordulótól a módosítási javaslatnak megfelelően változnak. A szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig a módosító javaslatot írásban elutasíthatja, mely egyben a szerződés felmondását jelenti. A szerződés felmondása esetén a biztosító a visszavásárlási összeget fizeti ki a szerződő részére.

16) Jogi nyilatkozat

- a) A szerződő és a biztosított az ajánlaton tett aláírásával egyúttal azt is igazolja, hogy ismeri és elfogadja a jelen szerződési feltételek összes pontját, különösképp azon pontokat, melyek korlátozzák, illetve meghatározzák a biztosítási díjért cserébe vállalt kockázatot, és vállalják, hogy a jelen szerződésben meghatározott feltételek alapján járnak el.
- b) A szerződő igazolja, hogy a szerződéskötést megelőzően a biztosító tájékoztatta a jelen szerződés kapcsán alkalmazandó jogról, a panaszkezelési folyamatról, a biztosító és a felette felügyeletet gyakorló szerv pontos címéről, valamint a biztosító főbb adatairól.

17) Többlethozam

- a) A biztosító a befizetett biztosítási díjakból képzett díjtartalékon a megelőző naptári évben elért befektetési hozam technikai kamat feletti részének legalább 85 százalékát naptári évenként egyszer jóváírja a szerződéseken, legkésőbb május 31-ig.
- b) A megelőző naptári évben elért többlethozam jóváírása a jóváírás napján élő szerződésekre a naptári év végi tartalékok arányában történik.
- c) A szerződésen jóváírt többlethozam kifizetésére mindig a biztosítás megszűnésekor kerül sor a szerződő részére.

18) Visszavásárlás

- a) A szerződőnek a szerződéskötést követő **három díjjal fedezett év eltelte után** van lehetősége visszavásárlásra.
- b) A visszavásárlási összeg a biztosítási díjakból képzett tartalékok 85 százalékának felel meg. **A biztosítás első három évében a biztosítási díjakból képzett tartalékok értéke 0.**
- c) A visszavásárlási összeg a többlethozam vonatkozásában a szerződésen jóváírt többlethozam 100 százalékának felel meg.
- d) A biztosító a visszavásárlási összeg meghatározásakor a visszavásárlási nyilatkozat biztosítóhoz való beérkezésének napján aktuális tartalékot veszi figyelembe.
- e) A visszavásárlási összeget a biztosító a kifizetéshez szükséges valamennyi dokumentum beérkezése utáni 15 napon belül fizeti ki a szerződőnek. A szerződés teljes visszavásárlási összegének kifizetésével a biztosítás megszűnik.

19) Részleges visszavásárlás (biztosított kiléptetése)

- Több biztosított esetén a szerződőnek lehetősége van van bármely biztosítottat biztosítási évfordulóra kiléptetni a szerződésből, feltéve, hogy a biztosított kiléptetését követően is lesz olyan biztosított a szerződésen, aki legalább 19 éves. Biztosított kiléptetéséhez az adott biztosított hozzájárulása nem szükséges.
- A biztosított szerződésből történő kiléptetéséről az évfordulót megelőző minimum 30, maximum 60 nappal kell értesíteni a biztosítót.
- A biztosított kiléptetésekor a biztosító részleges visszavásárlást hajt végre a szerződésen, és a szerződésből kiléptetett biztosított vonatkozásában képzett tartalékok 85 százalékát (a részleges visszavásárlási összeget) fizeti ki a szerződő részére.
- A biztosító a részleges visszavásárlási összeg meghatározásakor a részleges visszavásárlás iránti igény biztosítóhoz való beérkezésének napján aktuális tartalékot veszi figyelembe.
- A kiléptetett biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a részleges visszavásárlás iránti igény biztosítóhoz való beérkezését követő első biztosítási évfordulón szűnik meg.

20) A biztosítási fedezet és a biztosítás megszűnése

A biztosítás megszűnik az Általános Életbiztosítási Feltételek 21) e) és f) pontjaiban foglalt eseteken kívül:

- a biztosítás tartamának lejáratakor a külföldi gyógykezelési szolgáltatás tartam során történő igénybevételestől függően a kármentességi bónusz kifizetésével vagy kifizetés nélkül;
 - abban az esetben, ha a biztosító az 5) c) vagy 21) f) pont alapján felmondja a szerződést;
 - abban az esetben, ha a szerződő az 5) d) vagy 15) d) pont alapján felmondja a szerződést;
 - a díjesedékességet követő 60 nap elteltével, ha a szerződő addig nem fizette meg az esedékes biztosítási díjat, a visszavásárlási összeg kifizetésével;
 - a biztosítás 18) pont szerinti visszavásárlása esetén a visszavásárlási összeg kifizetésével.
- A biztosítás megszűnik továbbá minden olyan esetben, amikor az egy biztosítási szerződésbe bevont összes biztosítottra megszűnik a biztosító kockázatviselése. Adott biztosítottra a fentiekben túl megszűnik a biztosító kockázatviselése:
- a biztosított halála esetén a haláleseti szolgáltatás kifizetésével;
 - a biztosítás 19) pont szerinti részleges visszavásárlása esetén a részleges visszavásárlási összeg kifizetésével;
 - abban az esetben, amikor az adott biztosított vonatkozásában a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra teljesített összes biztosítói kifizetés meghaladja a biztosítás teljes tartamára és egy biztosítottra érvényes, összesített térítési összeghatárt, a részleges visszavásárlási összeg kifizetésével;
 - abban az esetben, ha a biztosított a kockázatviselési időszak során bármely 12 hónapos periódust tekintve legalább 91 napon keresztül megszakítás nélkül Magyarország határain kívül tartózkodik, a részleges visszavásárlási összeg kifizetésével.**

„Családi csomagba” gyermekként bevont biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a fentiekben túl a részleges visszavásárlási összeg kifizetésével megszűnik abban az esetben, amikor ugyanazon „családi csomaghoz” tartozó, a „családi csomagba” legalább 19 évesen bevont felnőtt biztosítottak mindegyére megszűnik a biztosító kockázatviselése, és a gyermek biztosított ekkor még nem töltötte be a 19. életévét.

21) Egyéb rendelkezések

- A biztosító a biztosítási díj és a díjtartalék meghatározásakor 2,5%-os technikai kamatlábat alkalmaz.
- A szerződés kötvénykölcsönre nem jogosít.
- A tartam során a szerződőnek lehetősége van a biztosítási évfordulóra új biztosítottat bevonni, amennyiben ezen szándékát legalább 30, legfeljebb 60 nappal a biztosítási évforduló előtt jelzi a biztosító felé.
- A biztosítási szerződés Általános Életbiztosítási Feltételek 22) g) pontjában meghatározott 30 napos felmondása esetén alkalmazott adminisztrációs és kötvényesítési költségek mértéke 40 euró, de legfeljebb a szerződés rendszeres éves díjának egytizede.
- A szerződőnek lehetősége van a biztosítási szerződés újra érvénybe helyezésére (reaktiválására) az Általános Életbiztosítási Feltételek 10) pontjának megfelelően.
- Abban az esetben, ha a biztosító és a Best Doctors (mint szerződő felek) között a biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés bármilyen okból megszűnik, a biztosító a biztosítási szerződést legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig, a biztosítási évfordulóra felmondhatja, melyről írásban tájékoztatja a szerződőt. A biztosítási szerződés ilyen felmondása esetén a biztosító a szerződés díjtartalékát fizeti ki a szerződő részére.

I. számú melléklet**I) A külföldi gyógykezelési szolgáltatáshoz rendelt térítési összeghatárok**

Térítési összeghatárok	
Összesített limit	1 000 000 € / biztosított / biztosítási év
Összesített limit - a biztosítás teljes tartamára	2 000 000 € / biztosított
Utazási költségek	5 000 € / biztosítási év
Szállás költségek	6 000 € / biztosítási év
Szállás költségek	200 € / éjszaka
Holttest hazaszállításának költsége	10 000 € / biztosított

2) Best Doctors Egészségvonal: +36-80-44-20-00

2. számú melléklet: Kármentességi bónusz

A kármentességi bónuszra való jogosultságot a tartam végén biztosítottanként vizsgálja a biztosító. Azon biztosítottak vonatkozásában, akik a biztosítási tartam lejártakor életben vannak és a biztosítási tartam alatt nem vették igénybe a külföldi gyógykezelési szolgáltatást, azaz nem részesültek a jelen szerződés alapján külföldi kórházi gyógykezelésben, illetve azzal kapcsolatos költségtérítésben, a biztosító az alábbi képlet alapján határozza meg a kármentességi bónusz mértékét:

$$B = P_1 * t * b_t + (P_2 - P_1) * (t - 1) * b_{(t-1)} + (P_3 - P_2) * (t - 2) * b_{(t-2)} + \dots + (P_t - P_{(t-1)}) * 1 * b_1$$

Ahol:

B: a bónusz mértéke

P_x : az x-edik éves díj az adott biztosított vonatkozásában

t: tartam hossza években

b_t : t hosszúságú tartam szerinti bónuszkulcs (pontos értékek a lenti táblázatban)

Biztosítási tartam hossza	Bónusz mértéke
20 év	60%
19 év	58%
18 év	56%
17 év	54%
16 év	52%
15 év	50%
14 év	48%
13 év	46%
12 év	44%
11 év	42%
10 év	40%
9 év	38%
8 év	36%
7 év	34%
6 év	32%
5 év	30%
1 - 4 év	0%

3. számú melléklet: Kiterjesztett szolgáltatások szerződési feltételei

1) Kiterjesztett InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás

- a) A biztosítás szolgáltatásainak részeként a biztosító és a Best Doctors a Különös Feltételek 2) m) pontjában definiált InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatást a biztosított bármely kritikus, krónikus, vagy degeneratív kórállapota vonatkozásában nyújtja, ideértve azokat a kórképeket is, melyek befolyásolják a mindennapi normális életvitel fenntartásához szükséges képességeket.
- b) **A biztosító kockázatviselése a kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás vonatkozásában nem terjed ki az alábbi esetekre:**
 - gyors lefolyású, akut kórképek;
 - enyhe krónikus betegségek;
 - pszichiátriai kórképek;
 - fogászati problémák;
 - nem veheti igénybe a szolgáltatást az, aki kórházba felvételt nyert és éppen kórházi kezelés alatt áll;
 - nem vehető igénybe a szolgáltatás azon kórképek esetében, melyet a biztosítottnál Magyarországon szakorvos még nem vizsgált, illetve diagnosztizált.
- c) Kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás igénybevétele nem jogosít fel a Különös Feltételek 4) pontjában meghatározott külföldi gyógykezelési szolgáltatás igénybevételére. A biztosítás nem fedezi a szükséges(sé váló) gyógykezelések, (diagnosztikai) vizsgálatok, orvosi konzultációk költségét.
- d) Azon betegségek vonatkozásában, melyek diagnosztizálása a Különös Feltételek 9) pontjában meghatározott várakozási idő alatt történik és/vagy e betegségek első tünetei a várakozási idő alatt jelentkeznek, kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás nem vehető igénybe.
- e) A kárbejelentést követően bekért orvosi dokumentáció alapján a Best Doctors dönt arról, hogy a diagnosztizált betegség, amire a kárigényt alapították, kritikusnak, krónikusnak vagy degeneratív-nak minősül-e.

2) Kiterjesztett FindBestCare szolgáltatás

- a) Abban az esetben, ha a biztosítottnál a kockázatviselés ideje alatt olyan betegséget diagnosztizálnak, mely alapján a biztosított a kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatást jogosult igénybe venni - ugyanakkor a második orvosi szakvélemény (diagnózis) alapján a biztosítás a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra nem nyújt fedezetet -, a biztosított ez irányú igénye esetén a biztosító és a Best Doctors a kiterjesztett FindBestCare szolgáltatás keretében vállalja a biztosítás által nem fedezett külföldi gyógykezelés teljes körű, a biztosítás külföldi gyógykezelési szolgáltatásával megegyező színvonalú megszervezését.
- b) **A biztosítás nem fedezi a kiterjesztett FindBestCare szolgáltatás keretében megszervezett külföldi gyógykezelés költségeit. Ez esetben a külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó minden költséget a biztosítottnak kell megfizetnie.**

A kiterjesztett szolgáltatásokról bővebb felvilágosításért, illetve a kiterjesztett szolgáltatások iránti igény bejelentéséhez kérjük hívja a Best Doctors Egészségvonalat:

+36-80-44-20-00

4. számú melléklet: A Pannónia Ügyfélportál Szolgáltatás Szerződési Feltételei

1) A szolgáltatás meghatározása

- a) A Pannónia Ügyfélportál lehetővé teszi az ajánlattevő számára, hogy Interneten, böngészőjén keresztül kérdéseket és kéréseket küldjön a biztosítóhoz, amit az Ügyfélportál azonnal és automatikus módon megválaszol.

2) A szolgáltatás igénylése

- a) A Pannónia Ügyfélportál használatát a biztosító minden ajánlattevő számára igénylés nélkül, automatikusan biztosítja. A biztosító a Pannónia Ügyfélportál szolgáltatásért külön díjat nem számít fel.
- b) Az ajánlattevő a biztosító által postai úton kézbesített felhasználónévvel és belépési jelszóval a kézbesítést követően válik jogosulttá a szolgáltatások igénybevételére.
- c) A jelen melléklet értelmezésében ajánlattevő az, akit a biztosítási ajánlaton szerződőként jelöltek meg, abban az esetben is, ha a biztosító az ajánlatot elutasítja.

3) A szolgáltatás működése

- a) A Pannónia Ügyfélportál információt szolgáltat az ajánlattevő minden jelenlegi és jövőbeni biztosítási szerződéséhez, amelyben szerződő félként szerepel. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Pannónia Ügyfélportál szolgáltatásait módosítsa, új funkciókkal bővítse, vagy bármely funkciót megszüntesse. A változásokat a biztosító a webhelyén teszi közzé.
- b) Az ajánlattevő a Pannónia Ügyfélportál belépési azonosítót és jelszót mindenkivel szemben köteles titkosan kezelni és megőrizni, továbbá biztosítani, hogy arról illetéktelen személyek tudomást ne szerezzenek. A belépési azonosító és jelszó jogosulatlan személyek általi felhasználásából eredő károkat az ajánlattevő köteles viselni.
- c) A Pannónia Ügyfélportál belépési jelszó öt egymást követő esetben történő sikertelen megadása a Pannónia Ügyfélportálhoz való hozzáférés ideiglenes letiltását eredményezi. Az ajánlattevő egyszeri alkalommal, telefonon keresztül, az Ügyfélszolgálaton kérheti az ideiglenes letiltás feloldását. A belépési jelszó ismételt ötszöri sikertelen megadása esetén a biztosító az ajánlattevő részére új jelszót generál és azt ismételten kézbesíti postai úton.
- d) A Pannónia Ügyfélportál szolgáltatás a hét minden napján 0-24 óráig elérhető. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy rendszerén esetenként karbantartási munkákat végezzen. A várható üzemszünetet a biztosító – lehetőség szerint – webhelyén előre jelzi.
- e) Az ajánlattevő a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal kérheti a Pannónia Ügyfélportál regisztrációjának törölését.