

TARTALOMJEGYZÉK

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei

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

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

1) Általános rendelkezések.....	24
2) Biztosítási esemény.....	24
3) Fogalmak.....	24
4) A biztosító szolgáltatása.....	25
5) A biztosítási díj felülvizsgálata és módosítása.....	25
6) A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok.....	26
7) A biztosító mentesülése.....	26
8) Kockázatkizárások.....	27
9) A biztosítási szerződés megszűnése.....	28
10) Egyéb rendelkezések.....	28
I. számú melléklet: A baleseti eredetű maradandó funkció károsodás fokának megállapítása.....	29
2. számú melléklet: A műtétek és beavatkozások besorolása (kivonat).....	30

A Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás Különös Feltételei

1) Bevezető rendelkezések.....	31
2) Definíciók.....	31
3) Biztosítási esemény.....	34
4) A biztosító szolgáltatása.....	34
5) Egészségi kockázatelbírálás, közlési kötelezettség, változás-bejelentési kötelezettség.....	34
6) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett orvosi beavatkozások.....	35
7) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett költségek, kiadások.....	35
8) Kockázatkizárások.....	38
9) Várakozási idő.....	40
10) A biztosítás tartama.....	40
11) Díjfizetés.....	40
12) A biztosított kárenyhítési kötelezettsége.....	40
13) Kárfolyamat (a külföldi gyógykezelési szolgáltatás tekintetében).....	41
14) Megtérítési igény.....	42
15) A biztosítási díj és a térítési összeghatárok felülvizsgálata és módosítása.....	42
16) Jogi nyilatkozat.....	43
17) A biztosítási fedezet és a biztosítás megszűnése.....	43
18) Egyéb rendelkezések.....	44
1. számú melléklet.....	45
1) A külföldi gyógykezelési szolgáltatáshoz rendelt térítési összeghatárok.....	45
2) Best Doctors Egészségvonal:.....	45
2. számú melléklet: Kiterjesztett szolgáltatások szerződési feltételei.....	46
1) Kiterjesztett InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás.....	46
2) Kiterjesztett FindBestCare szolgáltatás.....	46
3. számú melléklet: A Pannónia Ügyfélportál Szolgáltatás Szerződési Feltételei.....	47
1) A szolgáltatás meghatározása.....	47
2) A szolgáltatás igénylése.....	47
3) A szolgáltatás működése.....	47

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) **adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 22) i) pont szerinti 30 napos felmondása esetén a 22) j) pont alapján a biztosító által a felmondási összegből felszámolt költség.
- b) **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.
- c) **biztosítási díj:** a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke.
- d) **biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- e) **biztosítási évforduló:** minden évnek a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja. Ha egy éven nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.
- f) **biztosítási időszak:** a díjfizetés gyakoriságával megegyező időszak.
- g) **biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg. A szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben a kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki – a csoportos biztosítás esetét kivéve – a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket. A biztosított a szerződő beleegyezésével a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor a szerződő helyébe léphet, ehhez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. A biztosított szerződésbe (szerződői pozícióba) lépése esetén a folyó biztosítási időszakban esedékessé vált biztosítási díjak megfizetéséért a szerződő és a biztosított egyetemlegesen felel. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképeségében vagyoni jognyilatkozati tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.

- h) **biztosított belépési kora:** az adott biztosítottra vonatkozóan a biztosítás kockázatviselés kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége.
- i) **díjfizetési időszak:** rendszeres díjfizetésű biztosítás esetén az az időszak (egész év), amely során a szerződő a rendszeres biztosítási díj fizetését vállalja.
- j) **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.
- k) **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.
- l) **hónapforduló:** egy adott naptári hónapnak a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja, ha nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.
- m) **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, továbbá a kedvezményezett megnevezése nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, 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 fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, úgy a kedvezményezett jelöléséhez, megváltoztatásához és a kijelölés visszavonásához a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. Ha bemutatóra szóló kötvényt állítottak ki, a kedvezményezett későbbi kijelölése akkor lép hatályba, ha a kötvényt megsemmisítették és új kötvényt állítottak ki. Ha a kijelölt kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik, 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. Ha a szerződő a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.
- n) **kockázatviselés kezdete:** a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0 órája, amennyiben a szerződő az ajánlattételkor esedékes biztosítási díjat a biztosítónak megfizeti feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- o) **kockázatviselés vége:** az a nap, ameddig a biztosító kockázatviselése tart. A biztosító a kockázatviselés végéig bekövetkezett biztosítási eseményekre vállal kockázatot, azok után teljesít a biztosítási feltételek alapján biztosítási szolgáltatást.
- p) **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.
- q) **technikai kamat:** az a kamat, amellyel a biztosító az életbiztosítási díj és díjtartalék megállapításakor kalkulál.

- r) **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.

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 annak beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat biztosító vagy biztosító képviselője általi átvételétől számított 16. napon jön létre az ajánlat tartalma szerint és arra a napra visszamenőleges hatállyal, amelyen a biztosítási ajánlatot a biztosító vagy a biztosító képviselője átvette. Ha a szerződést nem írásban kötötték meg, a biztosító köteles a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (biztosítási kötvényt) kiállítani. Ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja.
- c) **Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig kötve van.**
- d) Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni.
- e) A biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területére érvényes.
- f) 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, fedezetet igazoló dokumentumban egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről.
- g) Ha a fedezetet igazoló dokumentum a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a dokumentum kézhezvételét követően késedelem nélkül (15 napon belül) nem kifogásolja, a szerződés a fedezetet igazoló dokumentum szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a fedezetet igazoló dokumentum átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- h) 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.
- i) 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 kézhezvételét követően késedelem nélkül (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 bevállása esetén a biztosító a szolgáltatását a tényleges belépési kor-
nak 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 megkötni, úgy
a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó, alábbi pontokban részletezett rendelkezése-
ket kell alkalmazni.
- b) A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás el-
vállalása 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 és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.
- d) A szerződő és a biztosított köteles a biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szem-
pontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A biztosító jogosult a közölt adatok
ellenőrzésére.
- e) A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be,
kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a
biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekö-
vetkezésében.
- f) A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés
megkötésétől, illetve a biztosított tartam közbeni belépésétől az adott biztosítottal kapcsola-
tos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- g) Ha a szerződés több személyre vonatkozik és a közlési kötelezettség megsértése csak egye-
sekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a
többi személy esetén nem hivatkozhat.
- h) A közlésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat. Egyikük sem
hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha
arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.
- i) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülmé-
nyekről, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik,
a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására,
vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot
nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a
szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre
a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Ha a
szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnö-
vekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító jelen bekezdésben
meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.
- j) Ha a biztosító a szerződéskötést vagy a biztosított tartam közbeni belépését követően sze-
rez tudomást a szerződéskötéskor, illetve a biztosított belépésekor már fennállt lényeges
körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében, illetve a
biztosított belépésétől számított első 5 évben gyakorolhatja.
- k) A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egy-
idejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban írásban felmentést ad az orvosi titok-
tartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek-
nél kezelték és felhatalmazza a biztosított, 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. Továb-

bá 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 ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

- l) 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.

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 egyösszegű 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. Euró alapú szerződés díjának csoportos beszedési megbízás útján történő fizetésére nincs mód.
- 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 szerződéskötés-kori 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. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.
- g) Amennyiben a Különös Feltételek megengedik, 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 díjtól elkülönítetten tartja nyilván.
- h) A díjfizetési időszakon túli díjfizetéssel többszolgáltatásra 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) mindenkorí kondíciói szerint a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára kerül áthelyezésre az összeg. Az így jóváírt összeget tekinti a biztosító befizetett díjnak. **A téves befizetésekből 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. Átutalás esetén**

a szerződőnek az esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a biztosító befizetés 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 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. A biztosító – a díjfizetés elmulasztásának következményeire történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. Ha a szerződő a póthatáridő időpontjáig (az esedékességet követő 90. napig) díjfizetési kötelezettségét nem teljesíti, a biztosítási szerződés az esedékességet követő 90. napon megszűnik. Ha a különös feltételek a szerződés díjmentes leszállítására, vagy a díjfizetés szüneteltetésére adnak lehetőséget, akkor a biztosító az esedékességtől számított 90 napon túl is viseli a kockázatot: a szerződés díjmentessé válik, illetve díjfizetés szüneteltetése állapotba kerül, s a biztosító kockázatviselése a különös feltételekben rögzített biztosítási összeggel marad fenn.
- p) A teljes biztosítási időszakra jutó díjat a biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti, ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.

10) A szerződés újra érvénybe helyezése (reaktiválás)

- a) Az elmaradt biztosítási díj esedékességét követő 240 napon belül a szerződő írásban kérheti a szerződés újra érvénybe helyezését (reaktiválását), amennyiben a szerződés a rendszeres biztosítási díj megfizetésének elmaradása miatt szűnt meg.
- 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 kockázatalbírálást 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 240 napon túl kéri a szerződés reaktiválását, a biztosító úgy tekinti a kérést, mintha a szerződő új szerződés megkötésére tett volna ajánlatot. 240 napon túl szerződést, illetve díjmentesített szerződést reaktiválni nem lehet.
- e) A szerződés reaktiválására a szerződőnek a biztosítás tartama alatt legfeljebb egy alkalommal van lehetősége.
- f) A biztosító a szerződő reaktiválási kérelmét indoklás nélkül elutasíthatja.

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 jóváíráskor 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 jóváíráskor 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) Kötvénykölcsön

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 kötvénykölcsön 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 kárfizetés alól mentesül, de csak abban az esetben, ha a késedelmes kárbejelentés következtében a biztosító teljesítési kötelezettsége megállapításának szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené 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,
- társadalombiztosítási nyugellátásra való jogosultságot igazoló dokumentum,
- 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,
- műtėti 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 feltételeként 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. 2014. március 15-én vagy ezt követően aláírt ajánlatok esetében a biztosító nem a díjtartalékot, hanem a visszavásárlási összeget fizeti ki a kedvezményezettnek.

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,
 - bármely, nem orvosi rendelvényre, nem gyógyítási céllal, nem gyógyszernek minősülő, a tudat, az elme, az idegrendszer, vagy a szervezet bármely funkciójának normál működését akadályozó szer használatával összefüggésbe hozható 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, zavarásban 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 fertőzőttségével.
- 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 nem betartva figyelte az eseményt.
- 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, patológiás törés, nem balesettel összefüggő fertőzés, rovarcsípés, fagyás, napszúrás, nap általi égés, hóguta, madárinfluenza, porckorong sérülés, sérv, agyvérzés, foglalkozási ártalommal összefüggő balesetek, fertőző betegségek, gyermekkénuladás, kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és agyvelőgyulladás, vesztettség, tetanuszfertőzés.
- f) A biztosítási szerződés létrejöttékor már meglévő, ismert betegségek, ezek gyógyítása (gyógyszeres, műtéti, sugár stb.), illetve tartós, szükséges megfigyelése, gondozása, rendszeres ellenőrzése vonatkozásában a biztosító nem vállal kockázatot.

19) Jognyilatkozatok, változás-bejelentési kötelezettség

- a) A szerződő és a biztosított köteles személyi adatainak (pl. lakcímének) módosulását, továbbá a biztosító kockázatvállalása szempontjából valamennyi lényeges körülmény változását (különösen foglalkozásának és sporttevékenységeinek változását) 5 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) Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azokat írásban nyújtották be a biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, 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.
- c) Minden jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a biztosító szervezeti egységéhez (1033 Budapest, Flórián tér 1.) beérkezett.
- d) A változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhalgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- e) A változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- f) Ha a szerződés több személyre vonatkozik és a változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a változásbejelentési kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
- g) A változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződőt és a biztosítottat. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a bejelentésre köteles lett volna.
- h) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülmények változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Egészségbiztosítási szerződések esetén nem tekinthető a biztosítási kockázat jelentős növekedésének a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlás lehetősége. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül

nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító jelen bekezdésben meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

- i) Ha a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülmények változásáról, az ebből eredő jogokat a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól számított első 5 évben gyakorolhatja.

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 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), a Díjbeszedő Holding Zrt-t (székhely: 1119 Budapest, Vahot u. 8.; adószám: 10805246-2-43; cégjegyzék szám: 01-10-042094) és a Milpress Kft-t (székhely: 1117 Budapest, Budafoki út 187-189.; adószám: 13657152-2-43; cégjegyzék szám: 01-09-866515) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez posta útján történő utalás vagy banki utalás esetén a Magyar Posta Zrt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozóknak 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, továbbá az általuk kirendelt szakértő,
- c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,

- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő,
 - 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) 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 egymasközi 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 káresek 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), s) és t) 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)-m) és p)-r) 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 is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykel-téssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel,

terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jellel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

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.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása..

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

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító 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, vagy ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Info tv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) 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,
- c) a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a Bit. Nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a Tpt. XIX/B fejezetében, valamint a Hpt. XIV/A. fejezetében foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

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 tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett.

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

A biztosító (a Bit. 161/A. §-nak alkalmazásában: megkereső biztosító) 2015. január 1-től – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a Bit. 161/A. §-nak alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a Bit. 155. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a Bit. 161/A. § (3)–(5) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került. A megkeresés során a biztosító a Bit.-nek az alábbi, 161/A-161/C. § rendelkezéseit köteles betartani.

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

(3) A megkereső biztosító az 1. számú melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. számú mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- b) a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

(4) A megkereső biztosító az 1. számú melléklet A) rész 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 14., 15., 16., 17., 18., és 19. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
- b) a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
- c) az b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

(5) A megkereső biztosító az I. számú melléklet A) rész 10., 11., 12., és 13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén az alábbi adatokat kérheti:

- a) a (4) bekezdés a)–e) pontjában meghatározott adatokat;
- b) a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat; és
- c) a károsodott vagyontárgyat vagy a személyi sérülés miatt kárigényt, vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

(6) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

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

(8) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (7) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

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

(10) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

(11) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(12) A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

161/B. § (1) A biztosítók – az I. számú melléklet A) rész 3., 4., 5. és 6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza

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

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

(3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során

a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.

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

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

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

(7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a Bit. 157. § (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.

(8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.

(10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.

(11) Biztosítási szerződés létrejötte esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.

(12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

(13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

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

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

(16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

161/C. § (1) A 161/B. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 161/A. §-ban meghatározott biztosítási ágazatokat művelő minden biztosító megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.

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

21) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a biztosított halála esetén a biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- b) a biztosított életben léte esetén a biztosítási tartam lejártával, a biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- c) a szerződés visszavásárlása esetén a szerződés visszavásárlási összegének kifizetésével,
- d) a díjesedékességet követő 90 nap elteltével, ha a szerződő felszólítás ellenére sem fizette meg az esedékes biztosítási díjat és a szerződést még nem lehet díjmentesen leszállítani vagy a díjfizetést szüneteltetni,
- e) a közlési, illetve a változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén, amennyiben a szerződést a biztosító felmondja,
- f) a szerződés 22) i) pontja szerinti felmondása esetén,
- g) amennyiben a szerződő a biztosítónak – a szerződést érintő lényeges körülményekről való utólagos tudomásszerzésére, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról történő tájékoztatásra figyelemmel – a szerződés módosítására tett javaslatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol.
- h) amennyiben a biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonta, és a szerződésbe nem lép be.

A szerződő – ha az első évi biztosítási díjat befizették – az életbiztosítási szerződést írásban, harmincnapos felmondási idő mellett, a biztosítási időszak utolsó napjára felmondhatja.

Az életbiztosítási szerződést – a biztosítási kockázat jelentős növekedésének esetét kivéve – a biztosító nem mondhatja fel.

Ha az életbiztosítási szerződés bármely okból a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, a biztosító köteles a szerződésben meghatározott visszavásárlási összeget kifizetni.

22) Egyéb rendelkezések

- a) Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig vagy a biztosított belépéséig a szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.
- b) A kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító a szerződő fél írásbeli nyilatkozatára az eredeti kötvényről 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.
- c) A biztosításból származó igények elévülési ideje 5 év.
- d) 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 többlethozam összegéről.
- e) A biztosító jogosult az élet-, továbbá a baleset- és betegségbiztosítások (egészségbiztosítások) esetében a technikai kamatlábat biztosítási szerződés tartama alatt megváltoztatni. A technikai kamatláb változtatására csak akkor kerülhet sor, ha a technikai kamatlábak legnagyobb mértékéről szóló jogszabályban rögzített technikai kamatláb legnagyobb mértéke módosul.
- f) A biztosítási szerződés kapcsán alkalmazandó jog Magyarország joga.
- g) Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőfokon a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér 1., tele-

fon: +36-1-5-100-200, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu) fordulhat. A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1534 Budapest BKKP Postafiók 777.) gyakorolja.

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

- Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központja (levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777., telefon: 06-1-4899-100, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu);
- Pénzügyi Békéltető Testület (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén, levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 061-4899-100, e-mail: pbt@mnbb.hu);
- a szerződési feltételekben megjelölt bíróság.

- h) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Pp. 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.
- i) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő a 4) f) 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.
- j) 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.
- k) 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 jövedelemadózáására.
 - Az adókedvezményekkel, a kamatadóval, illetve a magánszemélyek jövedelmével kapcsolatos kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló,
 - a társasági formában működő szerződések és kedvezményezettek nyereségadózáásával 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.
- l) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette, megkísérelte kézbesíteni, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekeltektől 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: 1300 Budapest, pf. 177.

Forint bankszámlaszám:

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

Euró bankszámlaszám:

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

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

A Biztosító jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság

Cégjegyzékszám: 01-10-045857

Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál van nyilvántartva.

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási 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) 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.
- b) A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei az irányadók.
- c) 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 műtete, amennyiben az orvos által szükségesnek tartott.

3) Fogalmak

- a) **adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 10) b) pont szerinti 30 napos felmondása esetén az Általános Életbiztosítási Feltételek 22) j) pontja alapján a biztosító által a felmondási összegből felszámolt költség.
- b) **biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, illetve egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg. A szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges, ha a szerződést nem ő köti meg. A biztosított hozzájárulása nélkül kötött biztosítási szerződésnek a kedvezményezett kijelölését tartalmazó része semmis; ilyen esetben a kedvezményezettnek a biztosítottat vagy örökösét kell tekinteni, aki – a csoportos biztosítás esetét kivéve – a szerződő félnek köteles megtéríteni a kifizetett biztosítási díjakat és a szerződésre fordított költségeket. A biztosított a szerződő beleegyezésével a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor a szerződő helyébe léphet, ehhez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át. A biztosított szerződésbe (szerződői pozícióba) lépése esetén a folyó biztosítási időszakban az esedékessé vált biztosítási díjak megfizetéséért a szerződő és a biztosított egyetemlegesen felel. A szerződésbe belépő biztosított köteles a szerződőnek a szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges. A gyámhatóság jóváhagyásával érvényes a szerződés akkor is, ha a biztosított a cselekvőképességében vagyoni jognyilatkozati tekintetben részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy. A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a szerződés a biztosítási időszak végével megszűnik, kivéve, ha a biztosított a szerződésbe belép.
- c) **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.

- d) **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.

4) A biztosító szolgáltatása

- a) A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén halál-eseti, 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.
- b) 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) Kárbiztosítás esetén a szerződő és a biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- c) A szerződő és a biztosított a biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózisát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe 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. A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre. **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.** Ha az egészségbiztosítást kárbiztosításként kötötték, akkor a kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- d) A biztosított hozzájárul, hogy vitás esetekben a szolgáltatási igény elbírálása érdekében a biztosító az általa megbízott orvosokkal vizsgálatot végeztesen.
- e) 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 kedvezményezett terhelik. Egyes különös szerződési feltételek a biztosító teljesítéséhez egyéb iratok benyújtását is előírhatja, melyek beszerzési költségei szintén a kedvezményezett terhelik.

7) A biztosító mentesülése

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

- a) a szerződő, a biztosított, a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk 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 motorcsonak-versenyeket is, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt;
- h) az országos és nemzetközi síugró, bób, síbób versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre, amennyiben a biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt;
- 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, robbanószerkekkel, robbantószerkezetekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett biztosítási események: robbantomester, cirkuszművész, ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztítói, tűzszerész, állatkerti gondozó, ragadozó állatokat tartó, bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is), ács, magasfeszültséggel 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 felszólítás ellenére sem 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.
- h) amennyiben a szerződő a biztosítónak – a szerződést érintő lényeges körülményekről való utólagos tudomásszerzésére, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról történő tájékoztatásra figyelemmel – a szerződés módosítására tett javaslatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol.

A határozatlan időre kötött kárbiztosítási szerződést a felek írásban, a biztosítási időszak végére, 30 napos felmondási határidővel felmondhatják. A szerződő fél felmondása esetén a biztosító követelheti annak a díjengedménynek a megfizetését, amelyet a szerződés hosszabb tartamára tekintettel nyújtott.

Az egészségbiztosítást a biztosító rendes felmondással nem szüntetheti meg.

10) Egyéb rendelkezések

- a) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött baleset- és egészségbiztosítási szerződés maradvéssal, többlethozammal és többlethozam visszatérítéssel nem rendelkezik, visszavásárolni nem lehet, díjmentes leszállításra nincs lehetőség, a biztosító kötvénykölcsönt 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 létrejötté 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 vállizülettől 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 szülés körüli időszakban szerzett betegségekkel, állapotokkal, károsodásokkal összefüggő 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
- Habitualis és inveterált ízületi ficamok helyreállítása
- Bűtyök, kalapácsujj műtéte
- Veleszületett csípőficam fedett pozíciója
- Korábbi műtét során behelyezett, vagy baleset során szerzett fémanyag eltávolítása

Kis műtétek (4):

- Járomcsont törés nyílt pozíciója
- Combfej megtartó nyomás csökkentő műtét
- Tűződrótos rögzítés
- Petefészek eltávolítása laparoscoppal
- Végbél sipoly műtéti kiirtása
- Endoscopos arcüregműtét
- Arthrodesis, csavarozás
- Achilles tenotomia
- M abductor pollicis in incisioja (De Quervain kontraktúra)
- Aranyér műtét
- Flexor ín varrat kézen
- Repositio, csípő műtéti

Közepes műtétek (3):

- Csípőlapát törés rögzítése (lemez, csavar)
- Combfej resectio
- KFI lemezelés
- DHS synthesis
- Ender szegezés
- Achilles ín szakadás utáni teljes rekonstrukció
- Teljes térdkalács eltávolítás
- Coronaria angioplastica
- Hiatus hernia rekonstrukció
- Hysterectomia uteri
- Úvegtest csere

Nagy műtétek (2):

- Duraplastica (cranialis) autolog
- Intracerebralis haematoma eltávolítása
- Osteomyelitis koponyacsont resectio
- Laryngectomy totális
- Bypass a coronarian és/vagy ágain
- Intracranialis percutan transluminális angioplastica
- Könyökprotézis beültetése
- Colectomia
- Gyomor műtéti eltávolítása

Kiemelt műtétek (1):

- Veseátültetés élőből
- Fixateur interne alkalmazása
- Spondylodesis-PLIF
- Térdprotézis beültetés, total
- Rupturált aneurysma korrekciója
- Resectio apicis pulmonis
- Belső hallójárat feltárása a középső scálán át
- Transcranialis orbita feltárás
- Janetta műtét (agyideg decompressio)
- Gerinctörés csontfragm.kiem., decompr.laminectomia
- Frontobasalis sérülés ellátása
- Impressiós koponyatörés ellátása
- Szív-, tüdő- és májátültetés

A Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás

Különös Feltételei

1) Bevezető rendelkezések

A Best Doctors® Smart 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 Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekben foglaltaktól, úgy a jelen Különös Feltételek rendelkezései az irányadók.

2) Definíciók

- a) **Agyi szindróma:** olyan agyi rendellenesség vagy agyi károsodás, mely részleges vagy teljes agyi funkció károsodáshoz vezet.
- b) **Ajánlat:** nyomtatvány, melyen a szerződő ajánlatot tesz a biztosítás megkötésére.
- c) **Alternatív gyógyászat:** orvosi és egészségügyi rendszerek, eljárások és termékek, melyek jelenleg nem tartoznak a hagyományos gyógyászat körébe és a standard eljárások közé, többek közt: akupunktúra, aromaterápia, kiropaktóri gyógyászat, homeopátiás gyógyászat, természetgyógyászat, oszteopátia.
- d) **Best Doctors:** az a vállalkozás (Best Doctors Services S.L.U.), mely jelen biztosítás vonatkozásában az InterConsultation™ és FindBestCare® elnevezésű egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja. E vállalkozás a biztosító szolgáltatásnyújtó partnere.
- e) **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.
- f) **Biztosítás:** jelen Különös Feltételek, 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.
- g) **Biztosítási díj:** a biztosítás és a biztosító kockázatviselésének ára, melyre a biztosító jogosult.
- h) **Biztosítási szolgáltatások:** azon szolgáltatások (és az esetlegesen hozzájuk tartozó térítési összeghatárok), melyek igénybevételére a biztosítás fedezetet nyújt.
- i) **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 64 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 hozzátartozóira 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 az o) pont rendelkezéseinek.
- j) **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.
- k) **Egészségi nyilatkozat:** a biztosított egészségi kockázatainak felmérésére szolgáló nyomtatvány, mely jelen biztosításra vonatkozó ajánlat kockázatelbírálásának alapját képezi. 18 év alatti biztosítottak esetén az egészségi kockázatokról a biztosított törvényes képviselője nyilatkozik.

- l) **Előzetes fedezetigazolás:** a biztosító vagy a Best Doctors által kibocsátott, kizárólag a biztosított által a külföldi gyógykezelési szolgáltatás helyszínéül 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.
- m) **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 (számladai) 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.
- n) **Gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények:** olyan szer, vagy szerek kombinációja, melyek kizárólag orvosi rendelvény ellenében hivatalos gyógyszerárban beszerezhetőek, és amelyeket gyógyszeres, immunológiai vagy metabolikus hatás révén a fiziológiai funkciók visszaállítása, javítása vagy módosításának céljából vagy orvosi diagnózis készítéséhez alkalmaznak a biztosítottnál. Originális gyógyszerre vagy gyógyászati készítményre vonatkozó orvosi rendelvény helyett igénybe vehető olyan generikus gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény is, melynek hatóanyaga, erőssége és adagolásának módja azonos az originális gyógyszerével.
- o) **Hozzá tartozó:** 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). A biztosítóval kötött egyéb megállapodás hiányában a hozzátartozóként bevont partner és gyermek állandó lakcímének / tartózkodási helyének a (fő)biztosítottéval egy címen kell lennie. Újszülött gyermek bevonása a születést követő 30. naptól lehetséges.

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.

- p) **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 világáért elismert, tapasztalt orvos specialistája az orvosi dokumentáció részletekbe menő vizsgálata, elemzése és értékelése útján egy korábbi diagnózishoz kapcsolódóan második orvosi szakvéleményt állít ki.

- q) **Kardiológiai szakorvos:** a szív- és érrendszeri betegségekre szakosodott orvos.
- r) **Káresemény:** olyan esemény, melyre, melynek következményeire részben vagy egészben fedezetet nyújt a biztosítás. Ugyanazon okból eredeztethető, akár több ilyen következmény egy kárnak tekintendő.
- s) **Kedvezményezett:** a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra a biztosított jogosult, tehát a biztosítás szolgáltatásainak kedvezményezettje a biztosított.
- t) **Kizárás:** olyan külön meghatározott helyzet vagy állapot, melyre a biztosítás nem nyújt fedezetet. Kizárt kockázatok esetén a biztosító szolgáltatást nem teljesít. A kizárásokat jelen biztosítás vonatkozásában a 8) pont tartalmazza.
- u) **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.
- v) **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. A kockázatviselés kezdetének további feltétele, hogy a szerződő az ajánlattételkor esedékes biztosítási díjat a biztosítónak megfizesse feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- w) **Kockázatviselés vége:** a biztosítás megszűnésének napja. A biztosítás megszűnésének eseteit a 17.) pont tartalmazza.
- x) **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.
- y) **Kórházi ápolás:** legalább egy éjszakai kórházi benntartózkodást szükségessé tevő gyógykezelés.
- z) **Meglévő betegség:** betegség, melyet a biztosítás kockázatviselésének kezdetét megelőző 10 évben kivizsgáltak, diagnosztizáltak vagy kezeltek, továbbá minden olyan betegség, aminek a tüneteit orvosilag először a kockázatviselés kezdetét megelőző 10 évben dokumentálták.
- aa) **Műtét:** minden olyan, orvos által a mindenkor 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.
- bb) **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.
- cc) **Orvos:** olyan szakember, aki orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek megfelelően nyújt egészségügyi szolgáltatásokat.
- dd) **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:
 - obiztonságos és hatékony kezelése vagy diagnosztizálása annak a kórképnek vagy betegségnek, amelyre javasolták;
 - obiztonságos abban az értelemben, hogy hatékony:
 - életveszélyes kórképek vagy betegségek kezelésében;
 - ellenőrzött klinikai kísérletekben.
- ee) **Protézis:** olyan eszköz, ami egy emberi szerv egészét vagy részét, vagy egy működésképtelen és diszfunkcionáló testrész funkcióját részben vagy egészben helyettesíti, pótolja.
- ff) **Sérülés:** a biztosított testét ért károsodás.
- gg) **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.
- hh) **Területi hatály:** jelen biztosítás kizárólag a Magyarország területén kívül igénybe vett külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó költségekre nyújt fedezetet.
- ii) **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.

3) Biztosítási esemény

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 tüneteit orvosilag először a kockázatviselés ideje alatt dokumentálják.

4) A biztosító szolgáltatása

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 tüneteit orvosilag először a kockázatviselési időszak alatt dokumentálják. **A külföldi gyógykezelési szolgáltatás nyújtásának előfeltételét képezi az InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás igénybevétele.** A külföldi gyógykezelési szolgáltatásnak a FindBestCare szolgáltatás részét képezi.

5) Egészségi kockázatelbírálás, közlési kötelezettség, változás-bejelentési 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) A közlési kötelezettséggel és változás-bejelentési kötelezettséggel kapcsolatos, részletes szabályokat a biztosító Általános Életbiztosítási Feltételei tartalmazzák.

6) A külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében fedezett orvosi beavatkozások

- a) **Rákos megbetegedés kezelése:** bármely rosszindulatú daganat kezelése, melyet rosszindulatú sejtek szabályozatlan növekedése és inváziója jellemez, ideértve a leukémia, a szarkóma és a lymphoma (kivéve bőr lymphoma) gyógyítását is, továbbá olyan premalignus és „in situ” rák kezelését, mely nem terjed túl a kialakulás helyén az epithéliumon, s nem tör be a stromába és /vagy a környező szövetekbe.
- b) **Szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét (a szívizom vérellátásának helyreállítására):** kardiológus szakorvos javaslatára műtét végrehajtása egy vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának bypass graft segítségével történő korrigálása céljából.
- c) **Szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása:** kardiológus szakorvos javaslatára műtét végrehajtása egy vagy több szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása érdekében.
- d) **Idegsebészeti beavatkozás:** az agyat vagy a koponyaúr más részeit érintő sebési beavatkozás, mely vonatkozik a gerincvelőre lokalizált jóindulatú tumorokra is.
- e) **Élő donoros szerv- és szövetátültetés:** vese és tüdő lebeny egészének, illetve máj és hasnyálmirigy egy részének, valamint autológ vagy allogén csontvelő műteti 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 benntartózkodás 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 műteti 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, mie-
logram, elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputer tomográfia (CT), valamint más
hasonlótesztésvizsgálatok, melyek a) pontban meghatározott orvosi beavatkozások végre-
hajtásához 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 (a külföldi
gyógykezelés lezárultát követő legfeljebb 30 napra) előírt gyógyszerek és gyógyszerészeti
készítmények költsége kizárólag abban az esetben, ha ezek beszerzésére még a hazatérést
megelőzően került sor.
- 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 donor számára kizárólag a fedezett szerv- vagy szövetátültetés céljából megszervezett,
külföldi gyógykezelés helyszínére menetrend szerinti járatral történő elutazás és az on-
nan történő hazautazás, valamint a külföldi gyógykezelés során a (szállodai) elhelyezés
költségei;
 - a donornak nyújtott kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a donor kórházi elhelye-
zésének és étkeztetésének költségét, az általános ápolói szolgálat költségét, a kórházi
személyzet egyéb, megszokott szolgáltatásainak költségét, a laboratóriumi tesztek költ-
ségét 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 költség típus biztosításból történő finanszírozása csak
attól időponttól lehetséges, amikor az első, biztosítás által fedezett bármilyen költség felmerült.
- j) A biztosított és egy kísérője számára (továbbá szerv- és szövetátültetés esetén a donor
számára), kizárólag a külföldi gyógykezelés céljából megszervezett, a külföldi gyógykezelés
helyszínére menetrend szerinti járatral történő elutazás és az onnan történő hazautazás
költségei. Az utazás szervezését kizárólag a Best Doctors végzi, a biztosító a biztosított
vagy a biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett utazás költségét nem téríti
meg. Az utazási időpontokat a Best Doctors határozza meg a jóváhagyott kezelési terv alap-
ján, melyről megfelelő időben tájékoztatja a biztosítottat, elegendő időt hagyva a szükséges
egyéni felkészülésre. Amennyiben a biztosított változtat a Best Doctors által meghatározott
utazási időpontokon, úgy a biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a
biztosító és/vagy a Best Doctors számára, mely az új időpontban történő utazás megszer-
zésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha az utazási időpontok módosítását a Best Doctors
orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.
- A fedezett utazási költségek az alábbiakra terjednek ki:
- A biztosított és egy kísérőjének (továbbá a donornak szerv- és szövetátültetés esetén)
a biztosított állandó lakcíméről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra
szállítása, turistaosztályra szóló repülő- vagy vonatjegy biztosítása a kezelés helyszínére,
valamint transzfer a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szállodába.
 - A Best Doctors erre kijelölt munkatársa elkíséri a biztosítottat a biztosított állandó

lakcíméről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra, valamint a külföldi gyógykezelés helyszínén a kijelölt szállodába.

- A Best Doctors erre kijelölt munkatársa első alkalommal elkíséri a biztosítottat a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szállodából a gyógykezelés helyszínéül szolgáló kórházba (vagy a kezelőorvoshoz), és segítséget nyújt a kórházi bejelentkezés során, valamint a kórházi kezeléshez kapcsolódó (adminisztrációs) teendők lebonyolításában.

A biztosítás keretében fedezett utazások számára nincs korlátozás, azonban minden ilyen utazást a Best Doctorsnak jelen feltételek alapján, előzetesen jóvá kell hagynia.

- k) A kizárólag külföldi gyógykezelés céljából történő utazás során a biztosított és egy kísérője számára (továbbá szerv- és szövetátültetés esetén a donor számára) megszervezett szállodai elhelyezés költségei. A szállodai elhelyezés szervezését kizárólag a Best Doctors végzi, a biztosító a biztosított vagy a biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett elhelyezés költségét nem téríti meg. A szállodai elhelyezés időszakát a Best Doctors határozza meg a jóváhagyott kezelési terv alapján, melyről megfelelő időben tájékoztatja a biztosítottat, elegendő időt hagyva a szükséges egyéni felkészülésre. A Best Doctors a visszautazás időpontját a kezelések befejezésének időpontja és a kezelőorvossal való egyeztetés alapján határozza meg. Amennyiben a biztosított változtat a Best Doctors által meghatározott foglалási időpontokon, úgy a biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a biztosító és/vagy a Best Doctors számára, mely az új időpontban történő elhelyezés megszervezésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha a foglалási időpontok módosítását a Best Doctors orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

A fedezett szállás költségek az alábbiakra terjednek ki:

- Kétágyas vagy franciaágyas szoba biztosítása magas színvonalú, 3 vagy 4 csillagos szállodában, mely megfelel a gyógykezelés sikeressége érdekében felállított kritériumoknak. (A szálloda kiválasztása függ a szobák elérhetőségétől, valamint a szálloda és a kórház (kezelőorvos rendelési helye) közötti távolságtól, mely nem lehet több, mint 10 km.)

A reggeli és egyéb étkezések költségeit, valamint az egyebekben felmerülő szállodai költségeket nem fedezi a biztosítás.

A szállodában töltött, biztosítás által fedezett éjszakák számára nincs korlátozás, a szállodai elhelyezés a kezelés hosszához van igazítva.

- l) A külföldi gyógykezelés során elhalálozott biztosított (továbbá szerv- és szövetátültetés esetén az elhalálozott donor) földi maradványainak Magyarország valamely temetkezési helyére történő szállítása költségei. Jelen pont alapján azon szolgáltatások fedezettek, melyek szükségesek a holttest hazaszállításához: a szállítás minimális követelményeinek megfelelő koporsó, balzsamozási eljárás biztosításának költségei, valamint a holttest hazaszállításához szükséges adminisztratív intézkedések költségei.
- m) A külföldi gyógykezelést követően Magyarországon vásárolt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége. A biztosítás jelen pont alapján kizárólag abban az esetben fedezi a gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költségét, amennyiben teljesülnek az alábbi feltételek:
- A gyógyszereket és gyógyszerészeti készítményeket a Best Doctors nemzetközi hálózathoz tartozó, biztosítottat kezelő orvos(ok) a kezelés folytatásához javasolják, illetve szükségesnek ítélik meg.
 - A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény a magyar szakhatóság által engedélyezett és elfogadott, valamint forgalmazása szabályozott.
 - A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény igénybevétele Magyarországon orvosi rendelvényhez vagy vényhez kötött.
 - A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény Magyarországon beszerezhető.
 - Az egy orvosi rendelvényre felírt gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény mennyisége nem haladhat meg két hónapra elegendő mennyiséget.

Az ezen pont alapján vásárolt gyógyszereket és gyógyászati készítményeket a biztosítottnak

kell beszereznie és megfizetnie. A biztosító a gyógyszer megvásárlását igazoló dokumentum, eredeti számla alapján megtéríti a gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények árát a biztosított részére. Társadalombiztosítás vagy más biztosítás által támogatott (részben finanszírozott) gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények beszerzése esetén egyértelműen ki kell mutatni a biztosított által, illetve az egyéb módon finanszírozott költségeket.

- n) Kórházi napi térítés: a biztosítottat jelen biztosítás által finanszírozott külföldi gyógykezelés során minden nemzetközi kórházban töltött 24 óra alapján kórházi napi térítés illeti meg az I. számú melléklet I) pontjában szereplő limit mértékéig.

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 földrengés, 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 betegség.
- 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 betegségre 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, a 7) m) pontban részletezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények kivételével.
- k) Minden olyan diagnózissal, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos vagy azzal összefüggő költség, amely akkor merült fel, amikor a biztosított a kárbejelentést megelőzően 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 ápolásiintézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haldokló páciensek gondozása (hospice) vagy idősek 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 szer-
vek, 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 költségét.
- n) Minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem hivatalos gyógyszerár-
ban vásároltak, vagy amely orvosi rendelvény nélkül beszerezhető.
- o) A 7) m) pont vonatkozásában: minden olyan gyógyszer és gyógyszerészeti készítmény költsége, melyet
az állami társadalombiztosítás vagy a biztosított más biztosítási szerződése finanszíroz. Minden olyan
költség, mely gyógyszerek vagy gyógyszerészeti készítmények beszerzésének adminisztrációjával kap-
csolatos. Minden olyan költség, mely gyógyszerek vagy gyógyszerészeti készítmények Magyarországon
kivüli beszerzésekor merült fel. Minden olyan költség, melynek igazolásáról a számlát a gyógyszerek
vagy gyógyszerészeti készítmények megvásárlását követő 180. nap után küldték meg a biztosítónak.
- p) Minden olyan költség, amely agyi szindróma, szenilitás vagy agykárosodás miatt szükségessé vált or-
vosi felügyelet vagy elzárás kapcsán merül fel, függetlenül a betegség előrehaladottságának fokától.
- q) Az olyan fordítási, telefon-használati és egyéb költségek, melyek személyes célú használatlalt jel-
lemzőek vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel.
- r) Minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító beren-
dezések, vagy az előzőekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlete kapcsán merül fel.
- s) 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.
- t) Minden olyan költség, amely szerv- vagy szövetátültetés esetén a donor részéről – illetve részére
nyújtott szolgáltatások kapcsán – merül fel, és amelyre fedezetet nyújt a donor saját egészségbizto-
sítása.
- u) Orvosszakmai szempontból szükségtelen és indokolatlan költségek.
- v) Minden olyan költség, mely a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szálloda és a gyógykezelés
helyszínénél szolgáló kórház (vagy a kezelést végző orvos) közötti utazással kapcsolatban merül fel.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások rákkezelés vonatkozásában

- w) Minden olyan tumor, ami HIV (AIDS) vírus jelenlétében alakul ki.
- x) A bőrrák, kivéve a rosszindulatú melanómákat.

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

- 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.

Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások szívbillentyű csere vagy helyreállítás vonatko- zásában

- aa) A szívbillentyűk traumás sérülései.

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 olyan szervátültetés, mely során összejt kezelést használnak.
- hh) Olyan szervátültetés, mely a donor szerv megvásárlása miatt válik lehetségessé.

9) Várakozási idő

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 tüneteit orvosilag először a várakozási idő alatt dokumentálják, a biztosító és a Best Doctors szolgáltatást nem teljesít.

10) A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés határozatlan tartamra jön létre, mely tartam biztosítási időszakokból áll. Amennyiben a biztosítási időszak végét megelőző 15. napig a szerződő nem intéz a biztosítóhoz ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik. Az első biztosítási időszak a kockázatviselés kezdetétől azon biztosítási évfordulót megelőző utolsó napig tart, mely a biztosítás kockázatviselése kezdetének napját közvetlenül követi, minden további biztosítási időszak pedig a biztosítási évfordulót napjától a következő biztosítási évfordulót megelőző utolsó napig tartó egy éves időtartam. A biztosítás legkésőbb azon a biztosítási évfordulón megszűnik, amikor a biztosított betölti a 85. életévét.

11) Díjfizetés

- a) A díjfizetési gyakoriság a szerződő választása szerint lehet havi, negyedéves, féléves, vagy éves. A díjfizetés módja csoportos beszedés, 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 forintban teljesítendők.
- b) A „családi csomag” részét képező és legfeljebb 18 éves biztosítottira 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. A biztosító – a díjfizetés elmulasztásának következményeire történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. Az írásban küldött felszólításban megjelölt 30 napos póthatáridő lejáratára egybeesik a díj esedékességét követő 60. nappal.
- g) Ha a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződőnek legfeljebb 60 napos díjmaradása 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 díjfizetési kötelezettségét a póthatáridő időpontjáig (esedékességet követő 60. napig) felszólítás ellenére sem teljesíti, a szerződés kifizetés nélkül 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 kötelezettsége 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.

A biztosítottnak a lista kézhezvételétől számított három hónapon belül jeleznie kell a Best Doctors felé, hogy mely kórházat választotta.

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 elszállásolását, utaztatását 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.

Az előzetes fedezetigazolás a kiállítás dátumától számított három hónapig érvényes. Amennyiben a biztosított ez alatt az idő alatt nem kezdi meg a külföldi gyógykezelést a jóváhagyott kórházban, akkor az előzetes fedezetigazolás hatályát veszti, és a biztosítottnak egy új előzetes fedezetigazolás kiállítását kell kérvényeznie.

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) Megtérítési igény

- 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 megtérítési igényét biztosítják. A megszűnt követelés biztosítékai fennmaradnak, és a követelést biztosítják.
- b) A biztosító megtérítési igényét nem gyakorolhatja a biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozóval szemben.
- c) Amennyiben a biztosító nem térítette meg a teljes kárt, és a károkozóval szemben keresetet indít, erről tájékoztatja a biztosítottat, és a biztosított kérésére a biztosított igényét is érvényesíti. A biztosító a biztosított igényének érvényesítését a költségek előlegezésétől függővé teheti. A biztosító a megtérült összegből elsőként a biztosított követelését elégíti ki.

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 I) 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) j) pontban leírtak szerint veszi figyelembe. A szerződő elfogadja, hogy a biztosítottnak a biztosítási évfordulón aktuális kora szerint fizetnie 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, a magyar fizetőeszköz euróhoz viszonyított értékének 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 biztosítottra 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.

16) Jogi nyilatkozat

- a) A szerződő és a biztosított a jelen Különös Feltételek alapján létrejövő szerződésre vonatkozó ajánlattétellel 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) A biztosítási fedezet és a biztosítás megszűnése

A biztosítás kifizetés nélkül megszűnik az alábbi esetekben:

- a) az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 9) f) és h) pontjában foglalt esetben;
- b) abban az esetben, ha a biztosító a 18) g) pont alapján felmondja a szerződést;
- c) abban az esetben, ha a szerződő a 15) d) vagy a 18) f) pont alapján felmondja a szerződést;
- d) a díjesedékességet követő 60 nap elteltével, ha a szerződő addig felszólítás ellenére sem fizette meg az esedékes biztosítási díjat.
- A biztosítás megszűnik továbbá minden olyan esetben, amikor az egy biztosítási szerződésbe bevont összes biztosítottra megszűnik a biztosító kockázatviselése. Adott biztosítottra a fentiekben túl kifizetés nélkül megszűnik a biztosító kockázatviselése:
- e) azon a biztosítási évfordulón, amikor a biztosított betölti a 85. életévét;
- f) a biztosított halála esetén;
- g) a biztosított szerződésből történő kiléptetése esetén;
- h) 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;
- i) **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.**

„Családi csomagba” gyermekként bevont biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a fentieken túl kifizetés nélkül megszűnik abban az esetben, amikor ugyanazon „családi csomaghoz” tartozó, a „családi csomagba” legalább 19 évesen bevont felnőtt biztosítottak mindegyikére megszűnik a biztosító kockázatviselése, és a gyermek biztosított ekkor még nem töltötte be a 19. életévét.

18) Egyéb rendelkezések

- a) A biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt. A biztosítás többlet hozam-visszatérítéssel nem rendelkezik.
- b) A biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal, kötvénykölcsonre, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.
- c) 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.
- d) Több biztosított esetén a szerződőnek lehetősége van bármely biztosítottat biztosítási évfordulóra kiléptetni a szerződésből, feltéve, hogy a biztosított kiléptetését követően is lesz olyan biztosított a szerződésen, aki a szerződésbe történő bevonásakor legalább 19 éves volt. 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 kiléptetett biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a kiléptetésről szóló nyilatkozat biztosítóhoz való beérkezését követő első biztosítási évfordulón szűnik meg.
- e) A szerződőnek lehetősége van a biztosítási szerződés újra érvénybe helyezésére (reaktiválására) az Általános Életbiztosítási Feltételek 10) pontjának megfelelően.
- f) Jelen biztosítást a szerződő legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 15. napig a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, a biztosítási évfordulóra felmondhatja.
- g) A biztosítónak a biztosítási szerződés rendkívüli felmondására ad okot, ha a biztosító és a Best Doctors (mint szerződő felek) között a biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés bármilyen okból megszűnik. Ebben az esetben a biztosító a biztosítási szerződést legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig, a biztosítási évfordulóra felmondhatja, melyről írásban tájékoztatja a szerződőt. A biztosítási szerződés ilyen felmondása esetén a szerződés kifizetés nélkül megszűnik.
- h) A biztosítás díjának és térítési összeghatárainak értékkövetésére nincs lehetőség.
- i) A szerződő nem kérheti a díjfizetés szüneteltetését.

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
Kórházi napi térítés – káreseményenként maximum 60 napig	100 € / nap / biztosított
Otthoni gyógyszeres kezelés költségeinek térítése – a biztosítás teljes tartamára	50 000 € / biztosított

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

2. számú melléklet: Kiterjesztett szolgáltatások szerződési feltételei

I) Kiterjesztett InterConsultation (második orvosi szakvélemény) szolgáltatás

- a) A biztosítás szolgáltatásainak részeként a biztosító és a Best Doctors a Különös Feltételek 2) p) 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) Kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás iránti igény benyújtására legkorábban a kockázatviselés kezdetétől számított 6 hónapos időszak elteltével nyílik lehetőség, függetlenül attól, hogy a kárigény alapjául szolgáló betegséget mikor diagnosztizálták, illetve hogy e betegség első tünetei mikor jelentkeztek.
- e) A kárbejelentést követően bekért orvosi dokumentáció alapján a Best Doctors dönt arról, hogy a diagnosztizált betegség, amire a kárigényt alapították, kritikusnak, krónikusnak vagy degeneratívnak minősül-e.
- f) **A kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás nyújtásának feltétele, hogy a biztosított által benyújtott orvosi dokumentáció a biztosított betegséggel kapcsolatos aktuális állapotát tükrözze. A legtöbb betegség esetében az orvosi dokumentáció nem lehet 1 évnél régebbi. A kárigény bejelentését követően a Best Doctors dönt arról, hogy pontosan mely orvosi dokumentumok szükségesek a második orvosi szakvélemény elkészítéséhez.**
- g) **A kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatás igénybevételére a Különös Feltételek 8) pontjában található kockázatkizárások, korlátozások nem vonatkoznak.**

2) Kiterjesztett FindBestCare szolgáltatás

- a) Amennyiben a biztosított igénybe veszi a kiterjesztett második orvosi szakvélemény szolgáltatást – ugyanakkor a biztosítás a külföldi gyógykezelés finanszírozására 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 kérjük forduljon a CIG Pannónia Életbiztosító ügyfélszolgálatához: +36-1-5-100-200.

A kiterjesztett szolgáltatások iránti igény bejelentéséhez kérjük hívja a Best Doctors Egészségvonalat: +36-80-44-20-00

3. számú melléklet: A Pannónia Ügyfélportál Szolgáltatás Szerződési Feltételei

I) 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 ismételt 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 törlését.

