

A CIG Pannónia Életbiztosító Zrt. Általános Életbiztosítási Feltételei

1) Általános rendelkezések

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

2) Biztosítási esemény

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

3) Fogalmak

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

befolyásoltság – 0,8 ezrelék, vagy ezt meghaladó véralkohol szint, illetve tudatmódosító szer hatása alatt elszenvedett baleset) miatt bekövetkező balesetekre a biztosító nem vállal kockázatot. Nem minősül balesetnek a rándulás, megemelés, habituális ficam, patológiás törés, nem balesettel összefüggő fertőzés, rovarcsípés, fagyás, napszúrás, nap általi égés, hőguta, madárinfluenza, porckorong sérülés, sérv, agyvérzés, foglalkozási ártalommal összefüggő balesetek, fertőző betegségek, gyermekbénulás, kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és agyvelőgyulladás, veszettség, tetanuszfertőzés.

- n) **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.
- o) **technikai kamat:** az a kamat, amellyel a biztosító az életbiztosítási díj és díjtartalék megállapításakor kalkulál.
- p) **adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 22) g) pont szerinti 30 napos felmondása esetén a 22) h) pont alapján a biztosító által a felmondási összegből visszatartott költség.

4) A szerződés létrejötte

- a) Az életbiztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.
- b) A biztosítás akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ebben az esetben a biztosítási szerződés arra a napra visszamenőleges hatállyal az ajánlat tartalma szerint jön létre, amelyen a biztosítási ajánlatot a biztosító képviselője átvette.
- c) Ha a biztosító a kockázatelbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a rendelkezésre álló 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítania, akkor a 15 napos elbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha ehhez a szerződő az ajánlaton hozzájárult, és a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesíti a szerződőt a kockázat elbírálásához szükséges adatok hiányáról.
- d) Ha a biztosító a meghosszabbított határidő alatt az ajánlatra nem nyilatkozik, a szerződés az ajánlat tartalma szerint arra a napra visszamenőleges hatállyal jön létre, amelyen a biztosítási ajánlatot a biztosító képviselője átvette.
- e) Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni.
- f) A biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területére érvényes.
- g) Az életbiztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelven, vagy ezirányú megegyezés esetén a szerződő kifejezett kérésére más nyelven – a biztosító a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja – biztosítási kötvény formájában – a biztosítási szerződés létrejöttéről. A biztosítási kötvény tartalmazza a biztosítás legfőbb adatait.
- h) A biztosító jogosult a biztosított egészségi állapotával, szabadidős tevékenységével, foglalkozásával kapcsolatos kérdéseket feltenni, a 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 kézhezvételétől számított 15 napon belül felmondja,
 - a biztosító felhívása ellenére az ajánlat hiányosságait nem pótolja és a biztosító az ajánlatot elutasítja.

5) Közlési kötelezettség

- a) A belépési kor helytelen bevallása esetén a biztosító a szolgáltatását a tényleges belépési kornak megfelelően nyújtja, illetve a szolgáltatás összegéből levonva érvényesíti a tényleges kor alkalmazása miatt felmerülő többletköltségeket. Ha a tényleges kor alapján többlet díjfizetés keletkezett, azt a biztosító a szolgáltatással, illetve kifizetéssel egyidejűleg kamatmentesen visszafizeti. Ha a tényleges belépési kor alapján a biztosítást nem lehetett volna megkötöni, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó, alábbi pontokban részletezett rendelkezéseket kell alkalmazni.
- b) A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. Felelőségük e vonatkozásban egyetemleges.
- c) A biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a szerződő (biztosított) közlési kötelezettségének eleget tesz.
- d) A szerződő és a biztosított köteles a biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.

- e) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem következik be, kivéve, ha:
- bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
 - a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.
- f) A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a biztosítót, hogy ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.
- g) Ha a szerződés bármely okból a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, a biztosító köteles a befizetett díjaknak a biztosítási szerződés különös feltételeiben megállapított részét (visszavásárlási összeg) kifizetni.
- h) A szerződő és a biztosított köteles a biztosítónak 15 napon belül bejelenteni lakcímének, levelezési címének, székhelyének, valamint a szerződésen nyilvántartott kifizetési bankszámlaszámának a szerződés tartama alatt bekövetkezett változását. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított külföldre utazik, és ott várhatóan legalább 1 hónapot tartózkodik, arról a biztosítót legkésőbb az indulás általa ismert időpontja előtt 8 nappal tájékoztatnia kell. Ha az 1 hónap túllépéséről a tartózkodás ideje alatt szerez tudomást, akkor a tudomásszerzést követő 8 napon belül, egyéb esetben az 1 hónapos időtartam átlépésekor – szintén 8 napon belül – a biztosítót írásban (ajánlott levélben) tájékoztatnia kell. A biztosító az általa ismert utolsó lakcímre, levelezési címre, székhelyre mindaddig joghatályosan küldhet nyilatkozatot, illetve a megadott bankszámlaszámra mindaddig joghatályosan teljesíthet kifizetést, amíg a lakcímre, levelezési címre, székhelyre vagy a bankszámlaszámra vonatkozó változás-bejelentés nem érkezett be a biztosítóhoz.

6) A biztosítás tartama

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

7) A biztosító szolgáltatása

- a) A biztosító a szerződő díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén haláleseti, elérési, vagy díjfizetés átvállalási szolgáltatást nyújt. Haláleseti, vagy elérési szolgáltatás esetén a biztosító a feltételekben rögzített biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult kedvezményezettnek.
- b) A biztosító összegű 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 300 forintot elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Euró alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 1 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 az ajánlat felvételének napjától.
- b) Ha a biztosítási esemény a várakozási idő alatt következik be, a biztosító az addig befizetett biztosítási díjakat fizeti vissza a szerződő részére, egyéb kifizetést a biztosító nem teljesít. Ennek során a biztosító a befizetett biztosítási díjaknak a szerződés devizanemében meghatározott értékét veszi figyelembe. **Az ebből származó kockázatot a szerződő viseli.**
- c) A biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, ha a biztosítási esemény baleset következménye.
- d) Amennyiben a biztosítási tartam során új biztosítottat vonnak be a szerződésbe, úgy az új biztosított vonatkozásában a várakozási idő attól a naptól számított 6 hónap, amelytől a biztosító az adott biztosított vonatkozásában kockázatban áll.

9) Díjfizetés

- a) A biztosítási díj az ajánlaton megjelölt módon és gyakorisággal, az ajánlatban megjelölt devizanemben fizetendő.
- b) A díjfizetési gyakoriság lehet egyszeri, illetve rendszeres. A rendszeres éves díj részletekben is fizethető, amennyiben az adott termék különös feltételei megengedik. A biztosító a díjfizetés módjától és gyakoriságától függően díjkedvezményt adhat. Szerződéskötéskori mértékét a biztosítási ajánlat tartalmazza, amelyet a biztosító a tartam során módosíthat.
- c) A díjfizetés módját és gyakoriságát a szerződő a biztosítás tartama során bármikor megváltoztathatja. A díjfizetési gyakoriság módosításának az a feltétele, hogy a biztosítási évforduló a módosítás után is biztosítási időszak kezdete legyen. A díjfizetési gyakoriság csak a jövőre nézve módosítható, a módosításra vonatkozó nyilatkozatnak legkésőbb a következő díj esedékességét megelőző 15. napig be kell érkeznie a biztosítóhoz.
- d) Az egyszeri biztosítási díj és az első rendszeres biztosítási díj, valamint az azokkal együtt befizetett eseti biztosítási díj ajánlattételkor esedékes, amelyet, mint díjelőleget a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttéig kamatmentes előlegként kezel. Ha a biztosítási szerződés létrejön, az előleget a biztosító biztosítási díjként számítja be. Ha a szerződés nem jön létre, a biztosító a díjelőleget visszautalja a szerződő részére. Minden további rendszeres díj annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- e) A biztosítás kezdeti díját a biztosított belépési korának, nemének figyelembe vételével állapítja meg a biztosító. A biztosító jogosult módosítani a kezdeti biztosítási díjat az egészségi kockázatelbírálás 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 biztosított halála bekövetkezett.
- g) A szerződőnek lehetősége van mind az egyszeri, mind a rendszeres díjon felül eseti díjak fizetésére. Az eseti díjak a szerződő rendszeres díjfizetési kötelezettségét nem módosítják, azt nem helyettesítik. Az eseti díjakat a biztosító a főszerződéstől elkülönítetten tartja nyilván.
- h) A díjfizetési időszakon túli díjfizetéssel többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A fizetett többletdíjat a biztosító a biztosítási szolgáltatással, kifizetéssel egyidejűleg, illetve a szerződő bejelentésére 30 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
- i) Ha a szerződő a biztosítónak nem a szerződés devizanemének megfelelő számlájára fizeti meg a biztosítási díjat, akkor a biztosító számlavezető bankjának (UniCredit Bank, székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 5-6., továbbiakban: bank) mindenkorin 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) **Amennyiben a szerződő nem a szerződés devizanemében kívánja fizetni a biztosítás díját, úgy az ebből származó árfolyamkockázat mérséklése érdekében a biztosító a következők szerint állapítja meg a fizetendő díjat.**
Csoportos beszédés esetén a biztosító által elvárt díj az esedékes díj 105 százalékának és befektetési egységhez kötött életbiztosítás esetén az eseti díjakból vásárolt befektetési egységek aktuális értékének, hagyományos életbiztosítás esetén az egyéni számla aktuális egyenlegének a különbsége, de legalább az esedékes biztosítási díj. A fizetendő díjat az elvárt díj alapján, a bank által a csoportos beszédés kezdeményezésének napján közzétett deviza eladási árfolyam figyelembe vételével határozza meg a biztosító. A csoportos beszédés eredményeként beérkezett pénzüsszeg a i) pontban leírtak szerint kerül átváltásra a szerződés devizanemének megfelelő devizára, illetve kerül jóváírásra a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára. A biztosító ezt az összeget tekinti megfizetett biztosítási díjnak.
Átutalás esetén a szerződőnek az esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára.
A fentiek ellenére fennmaradó árfolyamkockázat a szerződőt terheli.
- k) 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.
- l) **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, díjtöbblet esetén eltekint a többlet visszafizetésétől, hiány esetén pedig eltekint a hiányzó összeg érvényesítésétől.**
- m) **Amennyiben a szerződő (ez első rendszeres díj esetétől eltekintve) az esedékes díjnál nagyobb összeget fizet be:**
 - ha a főbiztosítás szerződési feltételei alapján szerződése lehetőség van eseti díjak fizetésére, úgy a többlet az eseti befizetések számláján kerül elszámolásra.
 - ha a főbiztosítás NEM ad lehetőséget eseti díjak fizetésére, úgy a biztosító a többletet egy függő számlán számolja el. A függő számlán lévő összeggel a biztosító évente egyszer, a biztosítási évfordulón számol el, kivéve, ha a függő számla egyenlege a biztosítási év közben meghaladja az 1000 forintos (eurós szerződés esetén 4 eurós) limitet, mert ez esetben a számlán lévő összeget a biztosító azonnali hatállyal kifizeti a szerződőnek.

- n) Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat esedékességig nem fizette meg, halasztást nem kapott és a biztosító a díj iránti igényét bírói úton sem érvényesíti, a biztosító az esedékességtől számított 90 napig viseli a kockázatot. Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díjakat befizetheti. Amennyiben ezt nem teszi, a biztosítási szerződés a díj esedékességét követő 90 nap elteltével megszűnik, vagy díjmentes leszállításra kerül.

10) A szerződés újra érvénybe helyezése (reaktiválás)

- a) Az elmaradt biztosítási díj esedékességét követő 6 hónapon belül a szerződő kérheti a szerződés újra érvénybe helyezését (reaktiválását).
- b) A reaktiválás feltétele a biztosított írásbeli kármentességi nyilatkozata, a kifizetett visszavásárlási érték, valamint az elmaradt díjak teljes összegének befizetése. A biztosító a reaktiváláshoz ismételt kockázatbírálást végezhet, ennek keretében ismételten kérheti az egészségi nyilatkozat kitöltését, illetve orvosi vizsgálat elvégzését.
- c) A biztosító kockázatviselése az elmaradt biztosítási díjak beazonosítását követő nap 0 órájától folytatódik és az esetlegesen időközben megszűnt biztosítás az eredeti tartalommal és biztosítási összeggel újra hatályba lép.
- d) Ha a szerződő az elmaradt díj esedékességét követő 6 hónapon túl kéri a szerződés reaktiválását, a biztosító úgy tekinti a kérést, mintha a szerződő új szerződés megkötésére tett volna ajánlatot. 6 hónapon túl szerződést, illetve díjmentesített szerződést reaktiválni nem lehet.
- e) A szerződés reaktiválására a szerződőnek a biztosítás tartama alatt legfeljebb egy alkalommal van lehetősége.

11) Többlethozam

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

12) Visszavásárlás

A szerződés visszavásárlására a szerződő jogosult a szerződésre vonatkozó különös feltételek rendelkezéseit is figyelembe véve. Visszavásárláskor a szerződés aktuális visszavásárlási összegét fizeti ki a biztosító 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 feltételeinek rendelkezéseit is figyelembe véve kérheti a szerződés díjmentes leszállítását. Ebben az esetben a szerződés további díjfizetési kötelezettség nélkül, csökkentett biztosítási összeggel marad hatályban. Többlethozam jóváírásra a díjmentesen leszállított szerződések biztosítottjai is jogosultak.

14) Kötvénykölcson

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

15) A biztosítási esemény bejelentésének módja, határideje

A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 8 napon belül írásban a biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások ellenőrzését is. **Ennek hiányában késedelmes kárbejelentés esetén a biztosító a kárkifizetés alól mentesül, de csak abban az esetben, ha a késedelmes kárbejelentés lényeges körülményei 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,
- 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,
- Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata,
- kórházi zárójelentés, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- műtéti napló másolata,
- szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során,
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében 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.

Az iratok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik.

17) A biztosító mentesülése

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

18) Kockázatkizárások

- a) A biztosító kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül, vagy közvetve összefüggésben áll:
 - a biztosított súlyosan ittas állapotával (0,8 ezrelék, vagy ennél magasabb véralkohol szint),
 - a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas gépjárművezetésével,
 - a biztosított kábító vagy bódító hatású szer által befolyásolt állapotával,
 - harci eseményekkel, vagy más háborús cselekményekkel, felkelésekkel, lázadásokkal, zavargásokkal,
 - radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést,
 - HIV (AIDS) vírus fertőzöttségével.
- b) Harci cselekménynek minősül a háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás (pl. tüntetés, sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás, vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.
- c) 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, ide értve a ilyen típusú rendezvényeken nézőként való részvételt is.

- d) A biztosító viseli a teljes kockázatot, ha a biztosított halála polgári légi jármű jegyfizető utasaként következett be. Minden egyéb repülési kockázat kizárt.**

19) Jognyilatkozatok, változás-bejelentési kötelezettség

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

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

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve a biztosítóval kötött szerződéseiben megjelenő személyes adat, amennyiben a biztosító rendelkezésére áll, biztosítási titoknak minősül. E személyes adatokon kívül biztosítási titoknak minősül a biztosító rendelkezésére álló, ügyfeleinek gazdálkodására, illetve a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozó valamennyi adat.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. 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 külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek személyes adatoknak.

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.

Az adatkezelés időtartama: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

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) és a Díjbeszedő Holding Zrt-t (székhely: 1119 Budapest, Vahot u. 8.; adószám: 10805246-2-43; cégjegyzék szám: 01-10-042094) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez posta útján történő utalás vagy banki utalás esetén a Magyar Posta Rt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül.

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 Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete,
- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóság és ügyészség,
- c) büntető ügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző,
- e) az adóhatóság abban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- g) biztosítóval, a biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- h) feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLV. 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) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szerv,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító, a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymás közötti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát 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 balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymás közötti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát 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 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 adatvédelmi biztos,
- r) a kártörténetre vonatkozó adatra, és a bonus-malus besorolásra nézve a 109./A.§ (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval szemben,
ha az a)-j), n) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét, vagy a biztosítási szerződés megjelölését. Továbbá kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), p) és q) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

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

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

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva,

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

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

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

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- 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 adatok átadása,
- d) a biztosító összevont alapú pénzügyi felügyeletére vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adat átadás.

Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások teljesítése során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett biztosítási tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett.

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 ügynöke 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 ügynöke 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.

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 addig nem fizette meg az esedékes biztosítási díjat és a szerződést még nem lehet díjmentesen leszállítani,
- e) a közlési, illetve a változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén, amennyiben a szerződést a biztosító felmondja,
- f) a szerződés 22) g) pontja szerinti felmondása esetén.

22) Egyéb rendelkezések

- a) 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 meg-

semmisüléséről 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.

- b) A biztosításból származó igények elévülési ideje 5 év.
- c) A biztosító a hatályos jogszabályoknak megfelelően évente egy alkalommal írásbeli tájékoztatást küld a szerződő részére a szerződés aktuális szolgáltatási értékéről, a visszavásárlási értékéről és a jóváírt többlethozam összegéről.
- d) A biztosítási szerződés kapcsán alkalmazandó jog a Magyar Köztársaság joga.
- e) Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőkön az CIG Pannónia Életbiztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér I., telefon: 06-40-555-888, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu), fordulhat. A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1535 Budapest, 114 Pf. 777.) gyakorolja. Az ügyfél a panaszai a PSZÁF mellett a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez (1088 Budapest, József krt. 6., 1364 Budapest, Pf. 234.), és a Kereskedelmi és Ipari Kamara mellett működő megyei békéltető testületekhez is fordulhat. Az ügyfél jogait, illetve igényeit bírósági úton is érvényesítheti.
- f) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi perre a Magyar Köztársaság bírósága rendelkezik joghatósággal, továbbá a Budapesti II-III. Kerületi Bíróság az illetékes.
- g) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő a 4) g) pont szerinti tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül a hat hónapot meghaladó tartamú életbiztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. E felmondási jog a szerződőt nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról.
- h) A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel, tájékoztatja a szerződőt a biztosítási díjból visszatartott összegéről. A biztosító a szerződés felmondása esetén adminisztrációs, kötvényesítési és orvosi vizsgálattal kapcsolatos költségeit érvényesíti a főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra beérkezett befizetésekéből. Az adminisztrációs és kötvényesítési költségek címén visszatartott összeg mértéke a szerződés devizanemétől függően egyszeri díjas biztosítás esetén összesen 6000 forint, illetve 25 euró, folyamatos díjas biztosítási szerződés és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások esetén összesen 6000 forint, illetve 25 euró, de legfeljebb a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások éves díjai összegének egytizenkettede. A biztosító a befizetésekéből a felmondott biztosítási szerződésre már teljesített kifizetéseket levonja.
- i) A biztosítással összefüggő, legfontosabb adózási szabályok a következők:
Az életbiztosítás alapján a jogszabályban meghatározott feltételek fennállta esetén adókedvezmények vehetőek igénybe, továbbá a biztosító kifizetéseit kamatadó terhelheti. A gazdasági társaságok által magánszemélyekre kötött életbiztosítások, illetve ezek visszavásárlásai befolyásolhatják a vállalkozás eredményét, illetve kihatással lehetnek a magánszemélyek jövedelemadózáására.
- Az adókedvezményekkel, a kamatadóval, illetve a magánszemélyek jövedelmével kapcsolatos kérdésekben a személyi a jövedelemadóról szóló,
 - a társasági formában működő szerződők 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.
- j) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelte írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.

23) A biztosító legfontosabb adatai

Név: CIG Pannónia Életbiztosító Zrt.

Székhely: Magyarország, 1033 Budapest, Flórián tér I.

Levelezési cím: 1502 Budapest, pf. 516.

Jogi formája: zártkörűen működő részvénytársaság

Cégjegyzékszám: 01-10-045857

Társaságunk a Fővárosi Bíróságnál, mint Cégbíróságnál került bejegyzésre.

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

1) Általános rendelkezések

- a) Jelen feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a CIG Pannónia Életbiztosító Zrt. (székhely: 1033 Budapest, Flórián tér I., 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 szerződés nyelve magyar.

2) Biztosítási esemény

A biztosított:

- balesetből, illetve betegségből eredő halála,
- balesetből eredő, a biztosító orvosa által megállapított rokkantsága,
- balesetből vagy betegségből eredő folyamatos, megszakítás nélküli kórházi fekvőbeteg-ellátása, amennyiben az orvosilag szükséges,
- balesetből vagy betegségből eredően végrehajtott műtete, amennyiben orvosilag szükséges.

3) Fogalmak

- a) **szerződő:** az a személy, aki a biztosítás megkötésére az ajánlatot teszi, és aki az ajánlat elfogadása esetén a biztosítást megköti és a biztosítási díjat fizeti.
- b) **biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére, illetve egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban biztosítottként neveztek meg. A biztosított a szerződő beleegyezésével bármikor a szerződő helyébe léphet, ehhez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. Mielőtt a szerződés felmondás, vagy díjfizetés elmaradása miatt megszűnne, a biztosított a szerződő helyébe léphet. Ebben az esetben az esedékessé vált biztosítási díjak megfizetéséért a szerződő és a biztosított egyetemlegesen felel. Ha a biztosított kiskorú és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülő köti meg, úgy a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása is szükséges.
- c) **kedvezményezett:** az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A biztosító a szolgáltatás nyújtása előtt ellenőrzi a kedvezményezett személyazonosságát. Kedvezményezett lehet a szerződésben megnevezett személy, bemutatóra szóló kötvény birtokosa, vagy a biztosított örököse, ha a szerződésben kedvezményezett személyt nem jelöltek ki és bemutatóra szóló kötvényt sem állítottak ki. A szerződő az eredetileg megjelölt kedvezményezett helyett a szerződés megszűnéséig bármikor módosíthatja a kedvezményezett személyét. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, úgy a kedvezményezett jelöléséhez és megváltoztatásához a biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. Ha a kijelölt kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, úgy a kedvezményezett jelölés hatályát veszíti. Ha más kedvezményezettet nem jelölnek meg, úgy a biztosító szolgáltatására a biztosított életben léte esetén a biztosított, a biztosított halála esetén a biztosított örököse jogosult.
- d) **biztosított belépési kora:** az adott biztosítottra vonatkozóan a biztosítás kockázatviselés kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége.
- e) **kockázatviselés kezdete:** a biztosítási ajánlat aláírását követő nap 0 órája, amennyiben a szerződő az ajánlatkötéskor esedékes biztosítási díjat a biztosítónak megfizeti feltéve, hogy a biztosítási szerződés már létrejött, vagy utóbb létrejön.
- f) **kockázatviselés vége:** az a nap, ameddig a biztosító kockázatviselése tart. A biztosító a kockázatviselés végéig bekövetkezett biztosítási eseményekre vállal kockázatot, azok után teljesíti a biztosítási feltételek alapján biztosítási szolgáltatást.
- g) **biztosítási díj:** a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke.
- h) **díjfizetési időszak:** rendszeres díjfizetésű biztosítás esetén az az időszak (egész év), amely során a szerződő a rendszeres biztosítási díj fizetését vállalja.
- i) **biztosítási időszak:** a díjfizetés gyakoriságával megegyező időszak.
- j) **biztosítási évforduló:** minden évnek a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja. Ha egy évben nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.
- k) **biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- l) **hónapforduló:** egy adott naptári hónapnak a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja, ha nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.
- m) **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. **A károsult közrehatása, vagy szándékossága, felelőtlen magatartása miatt bekövetkező balesetekre (ideértve a súlyos alkoholos befolyásoltság – 0,8 ezrelék, vagy ezt meghaladó véralkohol szint –, illetve tudatmódosító szer hatása alatt elszenvedett balesetet) a biztosító nem vállal kockázatot. Nem minősül balesetnek a rándulás, megemelés, habituális ficam, patológiás törés, nem balesettel összefüggő fertőzés, rovarcsípés, fagyás, napszúrás, nap általi égés, hőguta, madárinfluenza, porckorong sérülés, sérv, agyvérzés, foglalkozási ártalommal összefüggő balesetek, fertőző betegségek, gyermekbénulás, kullancscsípés következtében kialakuló agyburok és agyvelőgyulladás, veszettség, tetanuszfertőzés .**

- n) **műtét:** minden olyan, orvos által orvosszakmai szabályoknak megfelelően végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás, vagy kórmegállapítás céljából hajtottak végre. A műtétek jelen feltételek szerinti térítési kategóriák szerinti csoportba sorolását a 2-5. számú melléklet tartalmazza. **A 6. számú melléklet tartalmazza a biztosításból kizárt műtétek listáját.** A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának részletes listája a biztosítónál tekinthető meg.
- o) **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, geriatriai krónikus intézetek, ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.**
- p) **adminisztrációs és kötvényesítési költség:** a szerződés 19) g) pont szerinti 30 napos felmondása esetén a 19) g) pont alapján a biztosító által a felmondási összegből visszatartott költség.

4) A szerződés létrejötte

- a) A jelen feltételekre történő hivatkozással megkötött biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.
- b) A biztosítás akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik. Ebben az esetben a biztosítási szerződés arra a napra visszamenőleges hatállyal az ajánlat tartalma szerint jön létre, amelyen a biztosítási ajánlatot a biztosító képviselője átvette.
- c) Ha a biztosító a kockázatbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a rendelkezésre álló 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítania, akkor a 15 napos elbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha ehhez a szerződő az ajánlaton hozzájárult, és a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesíti a szerződőt a kockázat elbírálásához szükséges adatok hiányáról.
- d) Ha a biztosító a meghosszabbított határidő alatt az ajánlatra nem nyilatkozik, a szerződés az ajánlat tartalma szerint arra a napra visszamenőleges hatállyal jön létre, amelyen a biztosítási ajánlatot a biztosító képviselője átvette.
- e) Az ajánlat elutasítását a biztosító nem köteles indokolni.
- f) A biztosító kockázatviselése a nap 24 órájában, a Föld teljes területére érvényes.
- g) A biztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén, vagy ezirányú megegyezés esetén a szerződő kifejezett kérésére más nyelven – a biztosító a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja – biztosítási kötvény formájában – a biztosítási szerződés létrejöttéről. A biztosítási kötvény tartalmazza a biztosítás legfőbb adatait.
- h) A biztosító jogosult a biztosított egészségi állapotával, szabadidős tevékenységével, foglalkozásával kapcsolatos kérdéseket feltenni, a 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 kézhezvételétől számított 15 napon belül felmondja,
 - a biztosító felhívása ellenére az ajánlat hiányosságait nem pótolja és a biztosító az ajánlatot elutasítja.

5) Közlési kötelezettség

- a) A belépési kor helytelen bevallása esetén a biztosító a szolgáltatását a tényleges belépési kornak megfelelően nyújtja, illetve a szolgáltatás összegéből levonva érvényesíti a tényleges kor alkalmazása miatt felmerülő többletköltségeket. Ha a tényleges kor alapján többlet díjfizetés keletkezett, azt a biztosító a szolgáltatással, illetve kifizetéssel egyidejűleg kamatmentesen visszafizeti. Ha a tényleges belépési kor alapján a biztosítást nem lehetett volna megkötöni, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

- b) A szerződő és a biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. Felelőségük e vonatkozásban egyetemleges.
- c) A biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a szerződő (biztosított) közlési kötelezettségének eleget tesz.
- d) A szerződő és a biztosított köteles a biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- e) A közlési kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem következik be, kivéve, ha:
 - bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
 - a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.
- f) A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték, és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a biztosítót, hogy ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.
- g) Ha a szerződés bármely okból a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, a biztosító köteles a befizetett díjaknak a biztosítási szerződés külön 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, baleseti rokkantsági, 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 köténykölcson 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 300 forintot elérő összegű kifizetéseket teljesíti. Euró alapú biztosítás esetén a biztosító csak a legalább 1 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 kifizetése nélkül szűnik meg.**

8) Várakozási idő

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

9) Díjfizetés

- a) A biztosítási díj az ajánlaton megjelölt módon és gyakorisággal, az ajánlatban megjelölt devizanemben fizetendő.
- b) A díjfizetési gyakoriság lehet egyszeri, illetve rendszeres. A rendszeres éves díj részletekben is fizethető, amennyiben az adott termék különös feltételei megengedik. A biztosító a díjfizetés módjától és gyakoriságától függően díjkedvezményt adhat. A díjkedvezmény szerződéskötéskori mértékét a biztosítási ajánlat tartalmazza, amelyet a biztosító a tartam során módosíthat.
- c) A díjfizetés módját és gyakoriságát a szerződő a biztosítás tartama során bármikor megváltoztathatja. A díjfizetési gyakoriság módosításának az a feltétele, hogy a biztosítási évforduló a módosítás után is a 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 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) Az előző ponttól eltérően, 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 a főbiztosítás esedékes díjával együtt fizetendő.
- f) A biztosítás kezdeti díját a biztosított belépési korának, nemének 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.
- g) A rendszeres biztosítási díj annak a biztosítási időszaknak a végéig fizetendő, amelyben a biztosítási szerződés megszűnésével járó biztosítási esemény bekövetkezett.
- h) A díjfizetési időszakon túli díjfizetéssel többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A fizetett többletdíjat a biztosító a biztosítási szolgáltatással, kifizetéssel egyidejűleg, illetve a szerződő bejelentésére 30 napon belül kamatmentesen visszafizeti.
- i) Ha a szerződő a biztosítónak nem a szerződés devizanemének megfelelő számlájára fizeti meg a biztosítási díjat, akkor a biztosító számlavezető bankjának (UniCredit Bank, székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 5-6., továbbiakban: bank) mindenkor kondíciói szerint a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára kerül át-helyezésre az összeg. Az így jóváírt összeget tekinti a biztosító befizetett díjnak. **A téves befizetésekől eredő árfolyamkockázat, illetve többletköltség a szerződőt terheli.**
- j) **Amennyiben a szerződő nem a szerződés devizanemében kívánja fizetni a biztosítás díját, úgy az ebből származó árfolyamkockázat mérséklése érdekében a biztosító a következők szerint állapítja meg a fizetendő díjat.**
Csoportos beszedés esetén a biztosító által elvárt díj az esedékes díj 105 százalékának felel meg. A fizetendő díjat az elvárt díj alapján, a bank által a csoportos beszedés kezdeményezésének napján közzétett deviza eladási árfolyam figyelembe vételével határozza meg a biztosító. A csoportos beszedés eredményeként beérkezett pénzüsszeg az i) pontban leírtak szerint kerül átváltásra a szerződés devizanemének megfelelő devizára, illetve kerül jóváírásra a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára. A biztosító ezt az összeget tekinti megfizetett biztosítási díjnak.
Átutalás esetén a szerződőnek az esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára.
A fentiek ellenére fennmaradó árfolyamkockázat a szerződőt terheli.
- k) **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.**
- l) **Amennyiben a szerződő (ez első rendszeres díj esetétől eltekintve) az esedékes díjnál nagyobb összeget fizet be:**
 - és amennyiben a főbiztosítás szerződési feltételei alapján 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 összeggel a biztosító évente egyszer, a biztosítási évfordulón számol el, kivéve, ha a függő számla egyenlege év közben meghaladja az 1000 forintos (eurós szerződés esetén 4 eurós) limitet, mert ez esetben a számlán lévő összeget a biztosító azonnali hatállyal kifizeti a szerződőnek.
- m) Ha a szerződő az esedékes biztosítási díjat esedékességig nem fizette meg, halasztást nem kapott és a biztosító a díj iránti igényét bírói úton sem érvényesíti, a biztosító az esedékességtől számított 90 napig viseli a kockázatot. Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díjakat befizetheti. Amennyiben ezt nem teszi, a biztosítási szerződés a díj esedékességét követő 90 nap elteltével kifizetés nélkül megszűnik, vagy díjmentes leszállításra kerül.

10) A szerződés újra érvénybe helyezése (reaktiválás)

- a) Az elmaradt biztosítási díj esedékességét követő 6 hónapon belül a szerződő kérheti a szerződés újra érvénybe helyezését (reaktiválását).
- b) A reaktiválás feltétele a biztosított írásbeli kármentességi nyilatkozata és az elmaradt díjak teljes összegének befizetése. A biztosító a reaktiváláshoz ismételt kockázatelbírálást végezhet, ennek keretében ismételten kérheti az egészségi nyilatkozat kitöltését, illetve orvosi vizsgálat elvégzését.
- c) A biztosító kockázatviselése az elmaradt biztosítási díjak beazonosítását követő nap 0 órájától folytatódik és az esetlegesen időközben megszűnt biztosítás az eredeti tartalommal és biztosítási összeggel újra hatályba lép.
- d) Ha a szerződő az elmaradt díj esedékességét követő 6 hónapon túl kéri a szerződés reaktiválását, a biztosító úgy tekinti a kérést, mintha a szerződő új szerződés megkötésére tett volna ajánlatot. 6 hónapon túl szerződést, illetve díjmentesített szerződést reaktiválni nem lehet.
- e) A szerződés reaktiválására a szerződőnek a biztosítás tartama alatt legfeljebb egy alkalommal van lehetősége.

11) 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.

12) A biztosítási esemény bejelentésének módja, határideje

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

13) A biztosító teljesítéséhez 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, amelyknél kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszeresse, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.
- b) A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózisát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatni kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő ápolásról és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. **Ha a biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget és emiatt a biztosított állapota súlyosbodott, a biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól.**
- c) A biztosított hozzájárul, hogy vitás esetekben a szolgáltatási igény elbírálása érdekében a biztosító az általa megbízott orvosokkal vizsgálatot végeztesen.
- d) A biztosító a szolgáltatásának teljesítéséhez a következő iratokat kérheti:
 - biztosítási kötvényt, az utolsó biztosítási díj befizetését igazoló dokumentumot,
 - kedvezményezett személyazonosságát igazoló dokumentumot,
 - a biztosított születési idejét hitelt érdemlően igazoló okiratot,
 - a halál okát igazoló orvosi, vagy hatósági bizonyítványt (ha van, boncolási jegyzőkönyvet is),
 - a biztosítási esemény bekövetkezését igazoló, azt követően 3 napnál nem régebbi orvosi, rendőrségi, vagy egyéb hatósági bizonyítványt,
 - a biztosítási eseménnyel és annak következményeivel kapcsolatos vizsgálati eredményeket, orvosi igazolásokat, zárójelentéseket,
 - hatósági eljárás során keletkezett iratokat,
 - ápolási, kezelési dokumentációt,
 - minden egyéb iratot, amely a jogosultság, illetve a biztosítási esemény bekövetkezésének, illetve a szolgáltatás összegének a megállapításához szükséges.

Az iratok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik.

14) A biztosító mentesülése

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

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

15) Kockázatkizárások

A biztosító kockázatviselője – amennyiben a Különös Feltételek vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem terjed ki az alábbi esetekre:

- a) a biztosított súlyosan ittas állapotával (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- b) kábítószert vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- c) harci cselekményben (háborúban, polgárháborúban, határvillongásban, felkelésben, forradalomban, zendülésben, törvényes kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kommandó támadásban, terrorcselekményben), vagy más háborús cselekményben, lázadásban, zavargásban való részvételtől eredő biztosítási eseményekre;
- d) az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítóok biztosítási esemény;
- e) a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;
- f) mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- g) kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokra és kórházi ápolásra, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekre, kórházi ápolásokra és gyógyító eljárásokra;
- h) ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta;
- i) ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégezetszerű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- j) ha a biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult;
- k) a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő balesetekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légiforgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez.
- l) a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a tesztúrákat és a rally és motorcsónak-versenyeket is;
- m) az országos és nemzetközi síugró, bob, sítob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre;
- n) arra a balesetre, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történt vasúti, légi, vízi, közúti jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;
- o) a betegség, mint elsődleges ok miatt bekövetkező halálos balesetekre.
- p) 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.
- q) bányászati tevékenységgel, robbanószerkekkel, robbantószerkezetekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett biztosítási események: robbantómester, cirkuszművész, ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztító, tűzszerész, állatkerti gondozó, ragadozó állatokat tartó, vadász, vadtenyésztő, bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is), ács, magasfeszültségű dolgozó villanyszerelő.
- r) 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.
- s) 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.
- t) a bordatöréssel, kéz- és láb-ujjpercek törésével járó balesetekre.

16) Jognyilatkozatok, változás-bejelentési kötelezettség

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

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

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére vonatkozó adat, illetve a biztosítóval kötött szerződéseiben megjelenő személyes adat, amennyiben a biztosító rendelkezésére áll, biztosítási titoknak minősül. E személyes adatokon kívül biztosítási titoknak minősül a biztosító rendelkezésére álló, ügyfeleinek gazdálkodására illetve a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozó valamennyi adat.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. 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 külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek személyes adatoknak.

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.

Az adatkezelés időtartama: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

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) és a Díjbeszedő Holding Zrt-t (székhely: 1119 Budapest, Vahot u. 8.; adószám: 10805246-2-43; cégjegyzék szám: 01-10-042094) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez posta útján történő utalás vagy banki utalás esetén a Magyar Posta Rt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozónak minősül.

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 Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete,

- b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóság és ügyészség,
- c) büntető ügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző,
- e) az adóhatóság abban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- f) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- g) biztosítóval, a biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- h) feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLV. 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) az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szerv,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymás közötti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát 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 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 adatvédelmi biztos,
- r) a kártörténetre vonatkozó adatra, és a bonus-malus besorolásra nézve a 109./A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval szemben, ha az a)-j), n) és r) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét, vagy a biztosítási szerződés megjelölését. Továbbá kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), p) és q) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

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

- a) kábítószerrel való visszaéléssel,
- b) lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel,
- c) terrorcselekménnyel
- d) robbanóanyaggal vagy robbanószerrel visszaéléssel,
- e) pénzmosással,
- f) bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalása alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

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

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

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- 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 adatok átadása.
- d) a biztosító összevont alapú pénzügyi felügyeletére vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adat átadás.

Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások teljesítése során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett biztosítási tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett.

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 ügynöke 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 ügynöke 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.

18) 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 százalékos baleseti rokkantsága esetén, illetve ha a biztosított részleges rokkantságainak összértéke eléri a 100 százalékot, a biztosító szolgáltatásának kifizetésével,
- c) a biztosított különös feltételekben meghatározott betegségének diagnosztizálása esetén, a különös feltételekben meghatározott esetekben,
- d) határozott tartamú biztosítás esetén a tartam lejártával, amennyiben nem került sor a tartam meghosszabbítására,
- e) a díjesedékességet követő 90 nap elteltével, ha a szerződő addig nem fizette meg az esedékes biztosítási díjat,
- f) a közlési, illetve a változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén, amennyiben a szerződést a biztosító felmondja,
- g) a szerződés 19) g) pontja szerinti felmondása esetén.

19) Egyéb rendelkezések

- a) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött baleset- és egészségbiztosítási szerződés maradékjoggal nem rendelkezik, visszavásárolni nem lehet, díjmentes leszállításra nincs lehetőség, a biztosító kötvénykölcsönt nem nyújt, nyereségrészesedésre nem jogosít.
- 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 biztosítási szerződés kapcsán alkalmazandó jog a Magyar Köztársaság joga. A jelen biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről szóló 1959. évi IV. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók. A biztosítással kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXV. törvény, az adózás rendjéről szóló 1990. évi XCI. törvény és az egyéb mindenkor hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.
- e) Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsőfokon az CIG Pannónia Életbiztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Irodájához (1033 Budapest, Flórián tér 1., telefon: 06-40-555-888, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu) fordulhat. A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1535 Budapest, 114 Pf. 777) gyakorolja. Az ügyfél a panaszaival a PSZÁF mellett a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez (1088 Budapest, József krt. 6., 1364 Budapest, Pf. 234), és a Kereskedelmi és Ipari Kamara mellett működő megyei békéltető testületekhez is fordulhat. Az ügyfél a jogait, illetve igényeit bírósági úton is érvényesítheti.
- f) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi perre a Magyar Köztársaság bírósága rendelkezik joghatósággal, továbbá a Budapesti II-III. Kerületi Bíróság az illetékes.
- g) Az önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül a biztosítási szerződést megkötő természetes személy szerződő a 4) g) pont szerinti 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.
- h) A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító 15 napon belül elszámol a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel, tájékoztatja a szerződőt a biztosítási díjból visszatartott összegről. A biztosító a szerződés felmondása esetén adminisztrációs, kötvényesítési és orvosi vizsgálattal kapcsolatos költségeit érvényesíti a főbiztosításra és a kiegészítő biztosításokra együttesen beérkezett befizetésekből. Az adminisztrációs és kötvényesítési költségek címén visszatartott összeg mértéke a szerződés devizanemétől függően egyszeri díjas biztosítás esetén összesen 6000 forint, illetve 25 euró, folyamatos díjas biztosítási szerződés és a hozzá tartozó kiegészítő biztosítások esetén összesen 6000 forint, illetve 25 euró, de legfeljebb a főbiztosítás és a kiegészítő biztosítások éves díjai összegének egy tizenkettede. A biztosító a befizetésekből a felmondott biztosítási szerződésre már teljesített kifizetéseket levonja.

20) A biztosító legfontosabb adatai

Név: CIG Pannónia Életbiztosító Zrt.

Székhely: Magyarország, 1033 Budapest, Flórián tér 1.

Levelezési cím: 1502 Budapest, Pf.: 516.

Jogi formája: Zártkörűen működő részvénytársaság

Cégjegyzékszám: 01-10-045857

Társaságunk a Fővárosi Bíróságnál, mint Cégbíróságnál került bejegyzésre.

I. számú melléklet

A baleseti rokkantsági fok megállapítása

- 1) A baleseti rokkantság fokát a biztosító orvosa állapítja meg az alábbi táblázat figyelembe vételével. A biztosító orvosának döntése független az illetékes társadalombiztosítási szerv rokkantság mértékére vonatkozó megállapításától, amely tehát nem a munkaképesség csökkenés, hanem a lényeges funkciókárosodás mértékét tekinti irányadónak.
- 2) Ha a rokkantság 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 rokkantsági fokok összeadódnak. **Egy biztosított vonatkozásában a biztosító legfeljebb a 100 százalékos baleseti rokkantságnak megfelelő szolgáltatást teljesíti.**
- 4) Amennyiben a rokkantság foka véglegesen nem állapítható meg, úgy a biztosító az adott időpontban rendelkezésre álló információk alapján állapítja meg a rokkantság fokát és az alapján teljesíti a szolgáltatást. A rokkantság fokának végleges mértékét legkésőbb a rokkantságot előidéző baleset bekövetkezését követő második év végéig, az akkor rendelkezésre álló információk alapján határozza meg a biztosító orvosa és a biztosító ez alapján teljesíti a szolgáltatást. Amennyiben a rokkantság végleges mértéke ezt az értéket meghaladja, a biztosító az ebből fakadó szolgáltatás különbözetet teljesíti.

Testrészek károsodása	Rokkantság foka
Egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökízület feletti teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökízület alatti teljes elvesztése vagy működésképtelensége, vagy egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
A domináns felső végtagot ért csonkolás további	5%
Egyik alsó végtag combközép feletti teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag lábszárközépig való teljes elvesztése	50%
Egyik lábfej boka szintjében való teljes elvesztése	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése	2%
Mindkét szem 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

Kiemelt műtétek listája (WHO kódokkal)	
Nyelv és állkapocscsont kiirtása	52530
Hasnyálmirigy átültetés	55280
Szívátültetés	53750
Szív- és tüdőátültetés	53352
Szívkoszorúér bypass (nyitott szívűtét)	53611-53617
Szívbillentyűk beültetése (aorta mű-, biológiai)	53521-5352A
Szív aneurizma eltávolítása	57736, 57737
Szívpitvarból és kamrából daganat eltávolítása	53733, 7734
Szívpitvari szeptum hiány korrekciója (folttal)	53561
Szívkamra szeptum hiány korrekciója (folttal)	53562
Szívpitvar, kamra sérülés ellátása	53742, 53743
Exstirpatio myxomae cordis (szívmixóma eltávolítása)	53730
Nagy hasi véna kivágása és pótlása műérrel	5382X
Nagy hasi ütőér kimetszése és pótlása műérrel	5382M, 5382N
Hasi főütőér aneurizma kimetszése	5382L
Nyelőcső teljes kiirtása, pótlása gyomorral	54240
Teljes gyomorkiirtás	54390
Teljes végbél, vastagbél kiirtása hasfalra kivezetett székletnyílással	54561-54564
Májlebeny (jobb vagy bal) eltávolítása	55021, 55022
Májátültetés	55040
Gerinc stabilizáció három vagy több szegmentumban	5812B
Agyalapi mirigy tumor kiirtása (koponyán keresztül)	50751
Nyílt koponya- és agysérülés komplex ellátása	50201

3. számú melléklet

Nagy műtétek listája (WHO kódokkal)	
Kétoldali petefészkek és környező szövetek radikális kiirtása	56850, 56860
A gyomor Billroth I és II műtete	54361, 54363
Szegycsont alatti pajzsmirigy kiirtása szegycsont átmetszéssel	50641
Mell, nyirokcsomók és mellizom radikális kiirtása	58631
Légcső részleges kiirtása, anastomosis	53140
Mindkét vese eltávolítása	55542
Térdprotézis (teljes)	5814H
Gerinc belső rögzítése	5810H
Vállprotézis (teljes)	5818B
Patkóvese szétválasztás	55572
Teljes tüdőlebeny eltávolítás	53240-53242
Hemicolecctomia (vastagbél jobb- vagy baloldali részének eltávolítása)	54551, 54552
Aorta (főütőér) embolectomia	53805
Cordotomia laminectomiával	50320
Retroperitoneális, kétoldali, radikális nyirokcsomó eltávolítás	54060
Tüdőciszta eltávolítása	53234
Teljes arccsont (maxilla) eltávolítás	57722
Lobectomy cerebri (agylebeny) eltávolítás	50146

4. számú melléklet

Közepes műtétek listája (WHO kódokkal)	
Vese pólus eltávolítása műtéttel	55532
Egyoldali veseeltávolítás	55500
Pyelotomia (vesemedence műtéti megnyitása)	55511
Rekeszsérv műtéte	55380-55386
Pajzsmirigy egyik lebenyének eltávolítása	50631
Vérrög eltávolítása nyaki ütőérből	53800
Köves epehólyag eltávolítása műtéttel	55119
Vagus ideg kétoldali átmetszése műtéttel és drainage	54403
Csecsemőmirigy eltávolítás szegycsont átmetszéssel	50770
Teljes külső fül kiirtás (fülkagyló és hallójárat)	51821
Nyelv kiirtás	52520
Egyik szem eltávolítása	51630
Csontok transzplantációja	5836F
Teljes vastagságú bőrátültetés	58920
Csontvelő átültetés (autolog)	54104
Vékonybél részleges kiirtása	54540
Végbél záróizom helyreállítása műtéttel	54962
Agyi vérömleny eltávolítása	50117-50119, 5011A
Combnyak szegezés	57873, 57902
Csuklóprotézis	58173

5. számú melléklet

Kis műtétek listája (WHO kódokkal)	
Tonsillectomia, adenotomia, residuum kimetszés	52820-53850
Hallójárat osteoma, exostosis eltávolítása	51851
Lágyéksérv műtét, egyoldali	55300-55319
Lágyéksérv műtét, kétoldali	55320, 55330, 55331
Köldöksérv műtét	55340
Here rekonstrukciós műtétek	56250
Mindkét here eltávolítása (kasztráció)	56231
Fültőmirigy jóindulatú daganatának eltávolítása	52621
Izomhelyreállítás	58360
Petefészek eltávolítás, egyoldali	56518 (laparascopos)
Petefészek eltávolítás, kétoldali	56519 (laparascopos)
Ultrahangos uréter közúzás	55601, 39432
Vakbélműtét	54700
Könnyvezeték, idegen test eltávolítás	50830-50832
Múlencse beültetés szembe	51470-51474
Szemhéj plasztika (betegség miatt)	50940-50944
Szájüreg plasztikai helyreállítása	52740
Intrakapszuláris szemlencse eltávolítás	51440
Neurinoma eltávolítás perifériás idegből	50410
Köves epehólyag laparaskópos eltávolítása	55118
Végbél sipoly műtéti kiirtása	54872
Endoszkópos arcüreg műtét	52270
Csont tumor műtéti eltávolítása	57830
Lágyrész daganat radikális kiirtása	58329
Baker cysta eltávolítás	58322
Vagus ideg átmetszése laparaskópiával	54405
Húgyhólyagkő endoszkópos eltávolítása	55700

6. számú melléklet

A biztosításból kizárt műtétek listája (WHO kódokkal)	
Légmell (PTX) ellátása	53401, 53402
Pace maker beültetés és csere	53771-53777
Pace maker és defibrillátor behelyezése	53778-53785
Belső fémrögzítés eltávolítása (szeg, lemez, stb)	57880
Diagnosztikus célú exploráció, laparasztopia	16940, 16970, 16951
Polip eltávolítása orrüregből	52120
Gyomorpólip eltávolítása gasztroszkóppal	54490
Vastagbélből polip eltávolítása béltükrözés kapcsán	54523
Húgycső szűkület eszközös tágítása	55850
Uréter tágítás	55983
Méhpólip eltávolítás	56723
Külső fül visszavarrás	51830
Szájpad bemetszése (drainage, fenestratio)	52710
Szájpad rekonstrukció előzetes műtét után	52753
Resectio uvulae	52760
Baker cysta eltávolítás	58322
Idegen test eltávolítása kötőhártyáról bemetszéssel	51100
Szemhéj elváltozások kezelése lézerrel	50991
Abrasio corneae	51200
Aranyér gyűrűzése egyidejű cryokezeléssel (thrombectomia analis)	54991
Lábháti, bokatáji ganglion kimetszése	58343
Sterilizáció-műtét (férfi,női)	59801-5981A

A Money & More Bázis Életbiztosítás Különös Feltételei

1) Általános rendelkezések

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

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

2) Biztosítási esemény – halál esetére szóló kockázati fedezet esetén

- A biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező halála.
- A biztosított életben léte a biztosítás lejáratának napján.

3) Biztosítási esemény – halál, baleseti eredetű, legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodás és rettegett betegség esetére szóló, ún. kiterjesztett kockázati fedezet esetén

- A biztosítottnak a biztosítási tartamon belül bekövetkező halála.
- A biztosított életben léte a biztosítás lejáratának napján.
- A biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkezett balesettel ok-okozati összefüggésben lévő, a baleset időpontjától számított két éven belül kialakult legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodása.

- A biztosítottnál (biztosítotton) a biztosítási tartamon belül:
 - rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása,
 - szívinfarktus diagnosztizálása,
 - szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét végrehajtása,
 - stroke (maradandó agykárosodások) diagnosztizálása,
 - krónikus veseelégtelenség diagnosztizálása,
 - létfontosságú szerv átültetése,
 - látóképesség teljes elvesztésének (vakág) diagnosztizálása,
 - súlyos égési sérülés diagnosztizálása,
 - az ún. négy „alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálása,
 - sclerosis multiplex diagnosztizálása,
 - vértranszfúzióból származó AIDS- (HIV-) betegség diagnosztizálása,
 - végtag amputálása,
 - Alzheimer-kór diagnosztizálása,
 - angioplasztika végrehajtása,
 - aortaműtét végrehajtása,
 - vérszegénység (aplasztikus anémia) diagnosztizálása,
 - jóindulatú agydaganat diagnosztizálása,
 - súlyos koponyasérülés diagnosztizálása,
 - kóma diagnosztizálása,
 - hallóképesség teljes elvesztésének diagnosztizálása,
 - szívbillentyű cseréje,
 - beszélőképesség teljes elvesztésének diagnosztizálása,
 - mozgató neuron betegség diagnosztizálása,
 - Parkinson-kór diagnosztizálása,
 - bénulás diagnosztizálása,

amennyiben a biztosítási esemény, valamint a biztosítási eseményhez vezető baleset vagy betegség a kockázatviselési időszakban előzmény nélkül következett be. Előzménynek az tekintendő, ha az ajánlattétel előtt olyan betegséget diagnosztizáltak, amelyre a biztosítási esemény visszavezethető, azzal közvetlen okozati összefüggésben áll.

A jelen pontban felsorolt rettegett betegségek definícióit a 2. számú melléklet tartalmazza.

- A 3) d) pontban felsorolt, rettegett betegségekhez kapcsolódó biztosítási események bekövetkezésének időpontja a következő:
 - szívinfarktus esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
 - stroke (maradandó agykárosodások) esetén a betegség bekövetkezésének időpontját követő 90 nap letelte, feltéve, hogy a maradandó idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegséggel fellépését követő 90 nap után is egyértelműen kimutathatók,
 - krónikus veseelégtelenség fellépése esetén a dialíziskezelés megkezdése utáni 60 nap letelte, feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul,
 - súlyos koponyasérülés esetén a sérülés bekövetkezésének időpontját követő 6 hét letelte, feltéve, hogy a

2. számú melléklet súlyos koponyasérülésre vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a sérülés bekövetkezésének időpontját követő 6 hét elteltével is fennállnak,
- Alzheimer-kór esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet Alzheimer-kórra vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap elteltével is fennállnak,
 - jóindulatú agydaganat esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet jóindulatú agydaganatra vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap elteltével is fennállnak,
 - kóma esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 30 nap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet kómára vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 30 nap elteltével is fennállnak,
 - mozgató neuron betegség esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 3 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet mozgató neuron betegségekre vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 3 hónap elteltével is fennállnak,
 - Parkinson-kór esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet Parkinson-kórra vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 6 hónap elteltével is fennállnak,
 - bénulás esetén a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 3 hónap letelte, feltéve, hogy a 2. számú melléklet bénulásra vonatkozó pontjában meghatározott feltételek a betegség diagnosztizálásának időpontját követő 3 hónap elteltével is fennállnak,
 - minden más esetben a rettegett betegséghez kapcsolódó műtét, illetve diagnosztizálás időpontja.

4) Fogalmak

- a) **Kiterjesztett kockázati fedezet:** a biztosító szolgáltatásának kiterjesztése a haláleset mellett baleseti eredetű, legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodás és rettegett betegség esetére is, amennyiben a szerződő az ajánlaton ekként választotta meg a kockázati fedezetet.
- b) **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az életére és egészségi állapotára a szerződés létrejön. Halál esetére szóló kockázati fedezet esetén a biztosított életkora a kockázatviselés kezdetekor legalább 14 év, de legfeljebb 65 év és a biztosítás lejáratákor legfeljebb 75 év. **Halál, baleseti eredetű, legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodás és rettegett betegség esetére szóló, ún. kiterjesztett kockázati fedezet esetén a biztosított életkora a kockázatviselés kezdetekor legalább 14 év, de legfeljebb 60 év és a biztosítás lejáratákor legfeljebb 65 év.**
- c) **Kedvezményezett:** a haláleseti szolgáltatásra a haláleseti kedvezményezett, a lejáratí szolgáltatásra a lejáratí kedvezményezett, kiterjesztett kockázati fedezet választása esetén a maradandó funkció károsodás és rettegett betegség fedezetek szolgáltatására a biztosított jogosult.
- d) **Kockázatviselés vége:** a biztosított halálának napja, illetve kiterjesztett fedezet választása esetén a biztosított baleseti eredetű, legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodása megállapításának napja és a 3) d) pontban felsorolt biztosítási események bármelyike bekövetkezésének napja. A kockázatviselés vége a biztosított életben léte esetén legkésőbb a biztosítás lejáratának napja. A 12) pont szerinti visszavásárlás esetén a biztosító kockázatviselésének utolsó napja a visszavásárlási nyilatkozat biztosítóhoz való beérkezésének napja. A szerződés 17) f) pont szerinti megszűnése esetén a biztosító kockázatviselésének utolsó napja a díjjal rendezett időszak végét követő 90. nap. A szerződés Általános Életbiztosítási Feltételekben meghatározott 30 napos felmondása esetén a biztosító kockázatviselésének utolsó napja a felmondási nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezésének napja.
- e) **Rendszeres biztosítási díj:** a díjfizetési időszak során a szerződő által választott gyakorisággal fizetendő biztosítási díj. A rendszeres biztosítási díj minimális értékét az I. melléklet a) pontja tartalmazza.
- f) **Eseti biztosítási díj:** az a biztosítási díj, amelyet a szerződő a rendszeres díjon felül fizethet a biztosítás tartama alatt.
- g) **Díj beazonosítása:** az a művelet, amellyel a biztosító a befizetéskor megadott megfelelő azonosítók alapján (ajánlatszám/kötvényszám) meghatározza, hogy a beérkezett biztosítási díj melyik szerződéshez tartozik. Ha a megfelelő azonosítók rendelkezésre állnak, akkor a biztosító legkésőbb a díj beérkezése utáni munkanapon beazonosítja a díjat.
- h) **Díjjóváírás:** az a művelet, amellyel a biztosító a szerződésen a beazonosítás napján jóváírja a beazonosított biztosítási díjat. A biztosító csak a beazonosított biztosítási díjakat írja jóvá a szerződésen.
- i) **Kezdeti kockázati biztosítási összeg:** a biztosító haláleseti, továbbá kiterjesztett kockázati fedezet választása esetén baleseti eredetű, legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodás és rettegett betegség esetére szóló szolgáltatásának minimuma. A kezdeti kockázati biztosítási összeg minimális értékét az I. melléklet c) pontja tartalmazza.
- j) **Kezdeti lejáratí biztosítási összeg:** a biztosító lejáratí szolgáltatásának minimuma. A kezdeti lejáratí biztosítási összeg minimális értékét az I. melléklet b) pontja tartalmazza.
- k) **Díjtartalék:** a befizetett rendszeres biztosítási díjakból, valamint az eseti befizetésekből a biztosításban vállalt kötelezettségek teljesítésére a biztosító által a hatályos jogszabályoknak megfelelően, szerződésenként tartalékolat összeg. A biztosító szerződésenként nyilvántartja a díjtartalékot. A díjtartalék, valamint az annak befektetéséből származó és jóváírt többletozom képezi az alapját a mindenkori visszavásárlási összegnek, a részleges visszavásárlási összegnek, a rendszeres pénzkivonás összegének, valamint a díjmentes leszállításnak és a részleges díjmentesítésnek.

- l) **Garantált kibocsátású biztosítási szerződés:** olyan biztosítási szerződés, mely egészségi kockázatbírálás nélkül jön létre.

5) A biztosítás tartama

A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a biztosító által történő elfogadásával határozott tartamra jön létre. Biztosítási tartamot a szerződő ajánlattételkor választ. **A biztosítás 5-25 éves tartamra, csak egész évre köthető.** A biztosítás lejáratának napja a biztosítási tartam utolsó biztosítási évének utolsó napja.

6) A biztosító szolgáltatása – halál esetére szóló kockázati fedezet esetén

- A biztosított halála esetén a biztosító a szerződő által ajánlattételkor választott kezdeti kockázati biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a halál napján aktuális értékét és a szerződésen jóváírt többlethozamot fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett(ek) részére. **Egészségi kockázatbírálás nélkül (garantált kibocsátás) megkötött szerződések esetében, ha a biztosított halála a szerződéskötéstől számított első két biztosítási évben nem baleset miatt következik be, akkor a rendszeres díjak vonatkozásában a biztosító szolgáltatása a befizetett rendszeres díjak harmadának és a szerződésen jóváírt többlethozamnak a kifizetése a haláleseti szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett(ek) részére.**
- A biztosítás lejáratakor a biztosított életben léte esetén (feltéve, hogy korábban biztosítási esemény nem történt) a biztosító a szerződő által ajánlattételkor választott kezdeti lejáratú biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a lejárat napján aktuális értékét és a szerződésen jóváírt többlethozamot fizeti ki a lejáratú szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett(ek) részére. Ha nem neveztek meg név szerint lejáratú kedvezményezettet, akkor a biztosító a biztosítottnak fizeti ki a lejáratú szolgáltatást.
- Ha a szerződő élt az eseti díjfizetés lehetőségével, akkor a befizetett eseti biztosítási díjakból képzett tartalék értékét a biztosító a haláleseti vagy a lejáratú szolgáltatással együtt fizeti ki.
- A haláleseti vagy a lejáratú szolgáltatás teljesítésével a biztosítás megszűnik.
- A biztosító csak a legkorábban bekövetkező biztosítási esemény vonatkozásában teljesít biztosítási szolgáltatást.
- A biztosító a szolgáltatását egy összegben teljesíti.
- A biztosító a szolgáltatását a kifizetéshez szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki a kedvezményezett(ek) részére.

7) A biztosító szolgáltatása – halál, baleseti eredetű, legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodás és rettegett betegség esetére szóló, ún. kiterjesztett kockázati fedezet esetén

- A biztosított halála esetén a biztosító a szerződő által ajánlattételkor választott kezdeti kockázati biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a halál napján aktuális értékét és a szerződésen jóváírt többlethozamot fizeti ki a haláleseti szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett(ek) részére. **Egészségi kockázatbírálás nélkül (garantált kibocsátás) megkötött szerződések esetében, ha a biztosított halála a szerződéskötéstől számított első két biztosítási évben nem baleset miatt következik be, akkor a rendszeres díjak vonatkozásában a biztosító szolgáltatása a befizetett rendszeres díjak harmadának és a szerződésen jóváírt többlethozamnak a kifizetése megjelölt kedvezményezett(ek) részére.**
- A biztosítás lejáratakor a biztosított életben léte esetén (feltéve, hogy korábban biztosítási esemény nem történt) a biztosító a szerződő által ajánlattételkor választott kezdeti lejáratú biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a lejárat napján aktuális értékét és a szerződésen jóváírt többlethozamot fizeti ki a lejáratú szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett(ek) részére. Ha nem neveztek meg név szerint lejáratú kedvezményezettet, akkor a biztosító a biztosítottnak fizeti ki a lejáratú szolgáltatást.
- A biztosított baleseti eredetű, legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodása esetén a biztosító a szerződő által ajánlattételkor választott kezdeti kockázati biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a maradandó funkció károsodás megállapításának napján aktuális értékét és a szerződésen jóváírt többlethozamot fizeti ki a biztosított részére. **A maradandó funkció károsodás fokát a biztosító orvosa állapítja meg, figyelembe véve a CIG Pannónia Életbiztosító Zrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételeinek I. számú mellékletében található táblázatot. A biztosító orvosa által megállapított maradandó funkció károsodás független az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) által kiadott határozattól.** A biztosító a korábban (a kockázatviselés kezdete előtt) szerzett maradandó funkció károsodást nem veszi figyelembe, azok vonatkozásában nem teljesít kifizetést.
- A rettegett betegségekhez kapcsolódó bármely biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a szerződő által ajánlattételkor választott kezdeti kockázati biztosítási összeg indexálás során megnövelt, a biztosítási esemény bekövetkezésének napján aktuális értékét és a szerződésen jóváírt többlethozamot fizeti ki a biztosított részére. **Egészségi kockázatbírálás nélkül megkötött szerződések esetében, ha a rettegett betegséghez kapcsolódó biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetétől számított első két biztosítási évben nem baleset miatt következik be, akkor a rendszeres díjak vonatkozásában a biztosító szolgáltatása a befizetett rendszeres díjak harmadának és a szerződésen jóváírt többlethozamnak a kifizetése biztosított részére.**

- e) Ha a szerződő élt az eseti díjfizetés lehetőségével, akkor a befizetett eseti biztosítási díjából képzett tartalék értékét a biztosító a haláleseti, lejárat, valamint a maradandó funkció károsodás és rettegett betegség esetére szóló szolgáltatással együtt fizeti ki.
- f) A haláleseti, lejárat, valamint a maradandó funkció károsodás és rettegett betegség esetére szóló szolgáltatás teljesítésével a biztosítás megszűnik.
- g) A biztosító csak a legkorábban bekövetkező biztosítási esemény vonatkozásában teljesít biztosítási szolgáltatást.
- h) A biztosító a szolgáltatását egy összegben teljesíti.
- i) A biztosító a szolgáltatását a kifizetéshez szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 8 napon belül fizeti ki a kedvezményezett(ek), illetve a biztosított részére.

8) Várakozási idő

- a) A biztosító a biztosítási szolgáltatások vonatkozásában hat hónap várakozási időt köt ki.
- b) Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási időszak alatt következik be, a biztosító az addig befizetett rendszeres díjakat, az eseti díj számla egyenlegét, valamint a szerződésen jóváírt több-lethozamot téríti vissza a szerződő részére.**
- c) A biztosító eltekint a várakozási időtől, amennyiben a biztosítási esemény baleset miatt következik be.
- d) Abban az esetben is eltekint a biztosító a várakozási időtől, ha a biztosítás megkötését orvosi vizsgálat előzte meg.
- e) Egészségi kockázatelbírálás nélkül (garantált kibocsátás) megkötött szerződések esetében a biztosító várakozási időt nem alkalmaz.

9) Díjfizetés

- a) A biztosítás díját a biztosító a biztosított belépési korának, nemének, egészségi állapotának, a biztosítás tartamának, a választott kockázati fedezetnek, valamint a biztosítási összegeknek a figyelembevételével határozza meg.
- b) A rettegett betegség fedezet díjtételeit a biztosító 5 éves tartamokra garantálja. 5 év elteltével a biztosító jogosult az érintett díjtételek felülvizsgálatára és a rettegett betegségekhez kapcsolódó biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változása esetén új díjtételeket állapíthat meg. A rettegett betegség fedezet új díjtételei – az 5 éves garantált periódus letelte után – minden szerződésre egységesen érvényesek.**
- c) A szerződés díjfizetési gyakorisága rendszeres. A biztosítás rendszeres éves díja a szerződő választása szerint féléves, negyedéves, illetve havi részletekben is fizethető.
- d) A biztosító a díjfizetési gyakoriságtól és a díjfizetési módtól függően a szerződőt díjkedvezményben részesítheti. A kedvezmény szerződéskötéskor érvényes mértékét az I. számú melléklet g) pontja tartalmazza. **A tartam során a biztosító bármikor, de naptári évenként legfeljebb 1 alkalommal módosíthatja a kedvezmények mértékét. A biztosító az internetes honlapján (www.pannoniabiztosito.hu) keresztül értesíti az ügyfeleit a változásokról, azok hatályba lépése előtt legalább 30 nappal.** A módosítások a hatályba lépés dátumától kezdődően valamennyi érvényben lévő szerződésre vonatkoznak. Amennyiben a szerződés díjfizetési gyakorisága, vagy a díjfizetés módja módosul, úgy az adott szerződésre vonatkozó díjkedvezmény mértéke változhat a kedvezmények mindenkor hatályos mértékének megfelelően.
- e) A biztosítás díjfizetése határozott tartamú. **A díjfizetési időszak minden esetben megegyezik a szerződő által az ajánlaton választott biztosítási tartammal.**
- f) A biztosítás első díja az ajánlat aláírásakor, a későbbi díjak a szerződő által díjfizetési gyakoriságként kiválasztott időszak első napján esedékesek, a díjfizetési tartam végéig.
- g) Az aktuális biztosítási díj változhat a 9) b), 11) és 16) pontban foglaltak szerint.
- h) A szerződőnek lehetősége van a rendszeres díjon felül eseti díjak fizetésére. Az eseti biztosítási díjak nem módosítják a szerződő rendszeres díjfizetési kötelezettségét, azt nem helyettesítik. Az eseti díjakat a biztosító a főszerződéstől elkülönítetten tartja nyilván, és a mindenkor hatályos jogszabályok által előírt biztonságos befektetési eszközökbe fekteti.
- i) Ha a szerződésen van esedékes rendszeres díj, akkor a biztosító a rendszeres díjak számláján írja jóvá a beérkező biztosítási díjat. Ha a szerződésen nincs esedékes rendszeres díj, akkor a beérkező biztosítási díjat az eseti díjak számláján írja jóvá a biztosító. Ha az esedékes díjnál magasabb összeg érkezik be, akkor a túlfizetés mértékét a biztosító az eseti számlán írja jóvá.
- j) Ha a szerződő nem fizeti meg az esedékessé vált rendszeres biztosítási díjat és a befizetett eseti díjaiból képzett számláján legalább az esedékessé vált rendszeres díjnak megfelelő összeggel rendelkezik, akkor a biztosító a rendszeres díj esedékessé válásakor jogosult az esedékessé vált rendszeres díjjal csökkenteni az eseti díjak számláját és ezáltal kiegyenlíteni a szerződő tartozását.
- k) Ha a szerződő nem fizeti meg az esedékessé vált biztosítási díjat 90 napon belül, a díjfizetésre vonatkozóan írásban halasztást nem kapott és a biztosító a díj iránti igényét bírósági úton sem érvényesítette, a biztosító – amennyiben a díjjal rendezett időszak rövidebb, mint 2 év – a díj esedékességétől számított 90 napig viseli a kockázatot. Ez idő alatt a szerződő pótolhatja az elmaradt díjakat. Amennyiben a szerződő az esedékessé vált biztosítási díjat 90 napon belül nem fizeti meg és már eltelt a szerződéskötéstől számított 2 díjjal fedezett év, akkor a biztosító a szerződést a 15) pont szerint díjmentesen leszállítja. **2 évnél rövidebb díjjal fedezett tartam eltelte esetén a szerződés kifizetés nélkül megszűnik.**

10) Többlethozam

- A biztosító a befizetett rendszeres és eseti díjakból képzett díjtartalékon a megelőző naptári évben elért befektetési hozam technikai kamat feletti részének legalább 90 százalékát naptári évenként egyszer jóváírja a szerződésen, legkésőbb május 31-ig.
- A megelőző naptári évben elért többlethozam jóváírása a jóváírás napján élő szerződésekre a rendszeres biztosítási díjak esetében a naptári év végi tartalékok arányában, az eseti biztosítási díjak esetében a megelőző naptári év átlagos tartalékainak arányában történik.
- A szerződésen jóváírt többlethozam a biztosító szolgáltatásának értékét növeli és a biztosító szolgáltatásával együtt kerül kifizetésre.
- Ha a szerződés visszavásárlással szűnik meg, akkor a szerződésen jóváírt többlethozam a visszavásárlási összeggel együtt kerül kifizetésre.

11) Értékkövetés

- A díjfizetési időszak során a biztosítási évfordulón a biztosító lehetőséget nyújt az értékkövetésre. Ennek során felajánlja a biztosítási díj, a kockázati biztosítási összeg és a lejáratí biztosítási összeg növelését.
- A biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 45 nappal tájékoztatja a szerződőt a felkínált értékkövetési lehetőségről. A biztosító három index mértéket ajánl fel.
- Amennyiben a szerződő a felkínált indexek valamelyikét az évfordulót megelőző 15. napig írásban elfogadja, a kockázati és lejáratí biztosítási összeg a választott indexmértékkel megemelkedik. Ennek következtében a biztosítás díja is növekszik: a biztosítási díj emelkedésének kiszámítása során a biztosító a biztosítási összegek növekményét, a biztosított nemét, aktuális életkorát és egészségi állapotát, a kockázati fedezet típusát, valamint a hátralévő biztosítási tartamot veszi figyelembe. **Amennyiben a szerződő írásban nem válaszol a felkínált indexálási lehetőségre, a biztosító automatikusan a felkínált legkisebb mértékű indexszel növeli a biztosítási összegeket és annak megfelelően a biztosítás díját.**
- A szerződő legkésőbb az évfordulót megelőző 15. napig a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal elutasíthatja a felkínált indexálási lehetőséget.
- Amennyiben két egymást követő évfordulón a szerződő elutasította az indexálást, ezt követően a biztosítónak jogában áll a szerződő indexálási kérelmét elutasítani, csak egy indexmértéket felajánlani, illetve az indexálási lehetőséget ismételt egészségi kockázatelbírálástól függővé tenni.**

12) Visszavásárlás

- A szerződőnek a szerződés kötést követő két díjjal fedezett év eltelte után van lehetősége visszavásárlásra.
- A visszavásárlási összeg a rendszeres díjak vonatkozásában a rendszeres díjakból képzett tartalékok 90 százalékának felel meg.
- A visszavásárlási összeg az eseti díjak vonatkozásában az eseti díjakból képzett tartalékok 100 százalékának felel meg.
- A visszavásárlási összeg a többlethozam vonatkozásában a szerződésen jóváírt többlethozam 100 százalékának felel meg.
- A biztosító a visszavásárlási összeg meghatározásakor a visszavásárlási nyilatkozat biztosítóhoz való beérkezésének napján aktuális tartalékot veszi figyelembe.
- A visszavásárlási összeget a biztosító a kifizetéshez szükséges valamennyi dokumentum beérkezése utáni 8 napon belül fizeti ki a szerződőnek. A szerződés teljes visszavásárlási összegének kifizetésével a biztosítás megszűnik.

13) Részleges visszavásárlás

- A szerződő az eseti díjak tekintetében bármikor élhet a részleges visszavásárlás lehetőségével.
- A részleges visszavásárlás alapja a befizetett eseti díjakból képzett díjtartalék 100 százaléka.
- A részleges visszavásárlási összeget a biztosító a kifizetéshez szükséges valamennyi dokumentum beérkezése utáni 8 napon belül fizeti ki a szerződő részére.
- A részleges visszavásárlás költségét és minimális összegét a mindenkor hatályos I. számú melléklet d) pontja tartalmazza. **A tartam során a biztosító bármikor, de naptári évenként legfeljebb 1 alkalommal módosíthatja a részleges visszavásárlás minimális összegét. A biztosító az internetes honlapján (www.pannoniabiztosito.hu) keresztül értesíti az ügyfeleit a változásokról, azok hatályba lépése előtt legalább 30 nappal.** A módosítások a hatályba lépés dátumától kezdődően valamennyi érvényben lévő szerződésre vonatkoznak.
- A részleges visszavásárlás költségét a biztosító a kifizetésre kerülő összegből vonja el. Ha a részleges visszavásárlás költségét nem fedezi a visszavásárolni kívánt összeg, vagy ha a részleges visszavásárlás összege nem éri el a minimális értéket, vagy ha az eseti díjakból képzett tartalékok nem fedezik a visszavásárolni kívánt összeget, akkor a biztosító a nyilatkozatban foglaltakat nem hajtja végre.
- A szerződőnek a rendszeres díjak vonatkozásában nincs lehetősége részleges visszavásárlásra.**

14) Rendszeres pénzkivonás

- a) A szerződő az eseti díjak tekintetében bármikor élhet a rendszeres pénzkivonás lehetőségével.
- b) A rendszeres pénzkivonás alapja a befizetett eseti díjakból képzett díjtartalék 100 százaléka.
- c) A rendszeres pénzkivonás költségét és minimális összegét a mindenkor hatályos I. számú melléklet e) pontja tartalmazza. **A tartam során a biztosító bármikor, de naptári évenként legfeljebb 1 alkalommal módosíthatja a rendszeres pénzkivonás minimális összegét. A biztosító az internetes honlapján (www.pannoniabiztosito.hu) keresztül értesíti az ügyfeleit a változásokról, azok hatályba lépése előtt legalább 30 nappal.** A módosítások a hatályba lépés dátumától kezdődően valamennyi érvényben lévő szerződésre vonatkoznak.
- d) A rendszeres pénzkivonás költségét a biztosító a kifizetésre kerülő összegből vonja el. Ha a rendszeres pénzkivonás összege nem fedezi a rendszeres pénzkivonás költségét, vagy ha a rendszeres pénzkivonás összege nem éri el a minimális értéket, vagy ha az eseti díjakból képzett tartalékok nem fedezik a rendszeres pénzkivonás összegét, akkor a biztosító a nyilatkozatban foglaltakat nem hajtja végre.
- e) **A szerződőnek a rendszeres díjak vonatkozásában nincs lehetősége rendszeres pénzkivonásra.**

15) Díjmentes leszállítás

- a) A szerződő a szerződéskötést követő két díjjal fedezett év eltelte után kérheti a szerződés díjmentes leszállítását.
- b) A díjmentes leszállítás napja a kérelem beérkezésének időpontjához legközelebb eső díjjal rendezett időszak utolsó napjával esik egybe.
- c) Díjmentesített szerződés további díjfizetési kötelezettség nélkül, alacsonyabb biztosítási összegekkel marad érvényben, úgy, hogy a kockázati és a lejáratú biztosítási összeg aránya nem változik.
- d) A díjmentes leszállítás alapja a biztosításnak a díjmentes leszállítás időpontjában a rendszeres díjakból képzett tartaléka. A díjmentesen leszállított biztosítás megfelel egy olyan egyszeri díjas biztosításnak, amit a díjmentes leszállítás alapjául szolgáló értékből mint egyszeri díjból a biztosított nemének, aktuális korának és egészségi állapotának, a kockázati fedezet típusának, valamint a hátralévő biztosítási tartamnak a figyelembevételével nyújt a biztosító.
- e) **Díjmentesített szerződés biztosítási összegei nem indexálhatók.**
- f) Díjmentesített szerződésre eseti díjak továbbra is befizethetők.
- g) Jelen biztosítás, mint főbiztosítás díjmentes leszállítása esetén a hozzá kapcsolt kiegészítő biztosítások a díjmentes leszállítás napjával megszűnnek.

16) Részleges díjmentesítés

- a) A szerződő a szerződéskötést követő két díjjal fedezett év eltelte után kérheti a szerződés részleges díjmentesítését az általa fizetni kívánt alacsonyabb biztosítási díj megjelölésével.
- b) A részleges díjmentesítés napja a kérelem beérkezésének időpontjához legközelebb eső díjjal rendezett időszak utolsó napjával esik egybe.
- c) Részlegesen díjmentesített szerződés alacsonyabb rendszeres díjjal és biztosítási összegekkel marad érvényben, úgy, hogy a kockázati és a lejáratú biztosítási összeg aránya nem változik. Részleges díjmentesítés esetén egy díjköteles és egy díjmentes részből álló biztosítás keletkezik.
- d) A részleges díjmentesítés alapja a biztosításnak a díjmentes leszállítás időpontjában a rendszeres díjakból képzett tartaléka.
- e) A biztosítás rendszeres díja a részleges díjmentesítés után nem lehet kevesebb, mint az I. melléklet a) pontjában meghatározott minimális díj.
- f) **Részlegesen díjmentesített szerződés biztosítási összegei nem indexálhatók.**
- g) Részlegesen díjmentesített szerződésre eseti díjak továbbra is befizethetők.
- h) Jelen biztosítás, mint főbiztosítás részleges díjmentesítése esetén a hozzá kapcsolt kiegészítő biztosítások a részleges díjmentesítés napjával megszűnnek.
- i) Részleges díjmentesítés a biztosítási tartam során egy alkalommal kérhető.

17) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítás megszűnik a CIG Pannónia Életbiztosító Zrt. Általános Életbiztosítási Feltételei 21) e) és f) pontokban foglalt eseteken kívül:

- a) a biztosítás lejáratakor a biztosított életben léte esetén a lejáratú szolgáltatás kifizetésével;
- b) a biztosított halála esetén a haláleseti szolgáltatás kifizetésével;
- c) **kizárólag kiterjesztett kockázati fedezettel rendelkező termék esetén a biztosított baleseti eredetű, legalább 67 százalékos maradandó funkció károsodása esetén a maradandó funkció károsodás esetére szóló szolgáltatás kifizetésével;**
- d) **kizárólag kiterjesztett kockázati fedezettel rendelkező termék esetén a biztosított rettegett betegségéhez kapcsolódó bármely biztosítási esemény bekövetkezése esetén a rettegett betegség esetére szóló szolgáltatás kifizetésével;**
- e) a biztosítás 12) pont szerinti visszavásárlása esetén a visszavásárlási összeg kifizetésével;

- f) a biztosítási tartam első két évében kifizetés nélkül, amennyiben a szerződő az esedékességet követő 90 nap elteltével sem fizette be az esedékes rendszeres díjat.

18) Kockázatkizárások

A biztosító a CIG Pannónia Életbiztosító Zrt. Általános Életbiztosítási Feltételek és a CIG Pannónia Életbiztosító Zrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek kockázatkizárásokról szóló pontjaiban foglaltakon túl nem nyújt szolgáltatást az alábbi esetekben:

- a) ha a baleseti eredetű biztosítási esemény a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be;
- b) ha a baleseti eredetű biztosítási esemény a szerződéskötést követő 2 éven belüli öngyilkossággal, öncsonkítással vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre vezethető vissza, még akkor sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be;
- c) kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- d) felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban, vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határviellongásban való részvételből eredő biztosítási eseményekre;
- e) az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre;
- f) a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre;
- g) mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- h) kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal, az orvosilag nem indokolt kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- i) ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta;
- j) ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégtzettségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- k) a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő balesetekre, kivéve az olyan baleseteket, 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 légijárműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez;
- l) a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a tesztúrákat és a rally és motorcsónak-versenyeket is;
- m) az országos és nemzetközi síugró, bob, síbob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre;
- n) arra a balesetre, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történt vasúti, légi, vízi, közúti jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;
- o) 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;
- p) bányászati tevékenységgel, robbanószerekkel, robbantószerkezetekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett biztosítási események: robbantómester, cirkuszművész, ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztító, tűzszerész, állatkerti gondozó, ragadozó állatokat tartó, vadász, vadtenyésztő, bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is), ács, magasfeszültséggel dolgozó villanyszerelő.

19) A biztosító teljesítése

- a) Az Általános Életbiztosítási Feltételek és az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek biztosítási esemény bejelentéséről szóló pontjaiban foglaltaktól eltérően a balesetet annak bekövetkezésétől számított 3 napon belül írásban a biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások ellenőrzését is. Ennek hiányában késedelmes kárbejelentés esetén a biztosító a kárkifizetés alól mentesül, de csak abban az esetben, ha a késedelmes kárbejelentés lényeges körülményei kideríthetetlenül válnak.
- b) A biztosító a 3) d) pontban felsorolt biztosítási események bekövetkezése esetén szolgáltatást csak a 3. számú mellékletben felsorolt dokumentumok benyújtása esetén teljesít.

20) Egyéb rendelkezések

- a) A biztosító az I. számú melléklet f) pontjában leírt rendszerességgel és mértékben csökkenti az eseti biztosítási díjakból képzett tartalékot.
- b) A biztosító a rendszeres biztosítási díjak és az azokból képzett tartalékok kalkulációja során évi 2,5% technikai kamatot alkalmaz. Az eseti díjak vonatkozásában a biztosító nem használ technikai kamatot.
- c) A biztosítás vonatkozásában kötvénykölcsön igénybevételére nincs lehetőség.
- d) Az I. számú melléklet h) pontjában leírt egyéni számlakivonat költségét a biztosító el nem számolható, szerződést terhelő költségként kezeli. A biztosító az el nem számolt, szerződést terhelő költségeket elkülönítetten tartja nyilván és érvényesíti, amint ehhez elegendő jóváírt többlethozam, illetve eseti befizetésekből képzett tartalék áll rendelkezésre.
- e) Ha a biztosítás a biztosító kifizetésével megszűnik, akkor a biztosító az el nem számolt, szerződést terhelő költségekkel csökkenti a kifizetés összegét.
- f) A Money & More Bázis Életbiztosítás mint főbiztosítás mellé a biztosító választékából forint devizanemű kiegészítő biztosítások köthetők a főbiztosítás megkötésével egyidejűleg, illetve később, a biztosítási évfordulón.
- g) A Money & More Bázis Életbiztosítás mint főbiztosítás mellé Pannónia Halál Esetére Szóló Díjátvállalási Kiegészítő Biztosítás nem köthető.
- h) A biztosító naptári évenként legfeljebb 1 alkalommal, legkésőbb május 31-ig a Központi Statisztikai Hivatal által publikált infláció mértékével emeli az I. számú melléklet d), e) és h) pontjában leírt költségeket, illetve összegeket. Ezek értékét a biztosító 10 forintra kerekítve adja meg. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a kedvezmények mértékét csökkentse, ill. megszüntesse. A módosítások a hatályba lépés dátumától kezdődően valamennyi érvényben lévő szerződésre vonatkoznak.
- i) A biztosító a matematikai szabályok szerint 10 forintra kerekítve adja meg a fizetendő biztosítási díjat és az általa teljesítendő kifizetés összegét.

I. számú melléklet: Kondíciós lista

Érvényes 2010. június 7-től.

- a) **Minimális rendszeres biztosítási díj:**
7 000 Ft/hó, 21 000 Ft/negyedév, 42 000 Ft/félév, illetve 84 000 Ft/év a díjfizetés gyakoriságának megfelelően.
- b) **Minimális kezdeti lejáratú biztosítási összeg: 500 000 Ft**
- c) **Minimális kezdeti kockázati biztosítási összeg:**
Legalább akkora, mint a kezdeti lejáratú biztosítási összeg.
- d) **Részleges visszavásárlás költsége, egyéb korlátozások:**
A részleges visszavásárlás költsége a visszavásárolt összeg 2 ezreléke, minimum 200 Ft, maximum 2 000 Ft.
A részleges visszavásárlás minimális összege 15 000 Ft.
- e) **Rendszeres pénzkivonás költsége, egyéb korlátozások:**
A rendszeres pénzkivonás költsége a kivont összeg 2 ezreléke, minimum 200 Ft, maximum 2 000 Ft.
A rendszeres pénzkivonás minimális összege 15 000 Ft/hó.
- f) **Eseti befizetések költsége:**
Minden naptári negyedév utolsó napján az eseti díjakból képzett tartalékok naptári negyedéves átlagos értékének 0,25 százaléka.
- g) **Díjkedvezmények:**
Díjfizetési gyakoriság szerint a havi díjfizetésű biztosítási díjhoz képest:
Negyedéves díjfizetés esetén 2%,
Féléves díjfizetés esetén 3%,
Éves díjfizetés esetén 4%.
- Díjfizetési mód szerint:
Csoportos beszedési megbízás esetén 2%.
- h) **Egyéni számlakivonat költsége:**
A biztosítási évfordulón kiküldött számlakivonat ingyenes, minden további 500 Ft.

2. számú melléklet:

A Különös feltételek 3) d) pontjában felsorolt rettegett betegségek definíciói

- a) **Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés:** rosszindulatú daganat jelenlétét jelenti, melyet a rosszindulatú sejtek ellenőrizetlen növekedése és terjedése (áttételei), valamint az egészséges szövetekre történő ráterjedése és azok megsemmisítése jellemez. A betegség magában foglalja a leukémiát, a nyirokmirigyekből kiinduló rosszindulatú daganatokat (lymfómák), sarcomákat, valamint a Hodgkin betegséget is. A diagnózist kórszövettani vizsgálatnak és onkológus szakorvosnak kell igazolnia.

Jelen biztosítási szerződés az alábbi rákfajtákra nem terjed ki:

- Azon daganatokra, amelyeket szövettanilag jóindulatúnak, rosszindulatúvá válásuk előtti állapotúnak, borderline típusúnak, alacsony malignitásúnak, vagy nem invazívnak írtak le;
- Olyan sérülésekre, melyeket szövettanilag a TNM klasszifikáció (AJCC hetedik kiadás) in-situ (Tis) vagy Ta karcinómaként ír le;
- Nem melanoma jellegű bőrrákokra;
- Prostatarákra, kivéve, ha azt szövettanilag 6-nál nagyobb Gleason értékűnek határozták meg, vagy a TNM klasszifikáció (AJCC hetedik kiadás) legalább a T2N0M0 osztályba sorolja;
- Melanomákra, amelyek a szövettani vizsgálat szerint legfeljebb 1 mm vastagságúak és amelyeket a TNM klasszifikáció (AJCC hetedik kiadás) a T1aN0M0 osztályba sorol;
- Korai pajzsmirigy daganatokra, melyek kevesebb, mint 2 cm átmérőjűek és amelyeket szövettanilag a TNM klasszifikáció (AJCC hetedik kiadás) a T1N0M0 osztályba sorol;
- A HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó daganatokra, beleértve, de nem kizárólag, a Kaposi szarkómát és a lymfómát.

- b) **Szívinfarktus:** a szívizom egy részének elhalását jelenti, annak eredményeként, hogy nem megfelelő a kérdéses terület vérellátása a koszorúér rendellenes működése következtében. A diagnózis elfogadásához az akut miokardiális infarktus (AMI) megállapítása mellett az alábbi három feltétel mindegyikének teljesülése szükséges:

- olyan tünetek jelenléte, melyek klinikailag összhangba hozhatók az akut miokardiális infarktus diagnózisával; és
- új, jellegzetes EKG elváltozások jelenléte; és
- specifikus biokémiai szív-markerek (mint a CK-MB, vagy a szív troponin) értékének jellegzetes megemelkedése az elfogadott normál érték fölé.

Koszorúér beavatkozás közben kialakult szívinfarktus esetén a szív troponin szintnek legalább háromszor akkorának kell lennie, mint a laboratóriumi felső normál érték. **Anginára és az akut koszorúér szindrómák egyéb formáira jelen biztosítás nem terjed ki.**

- c) **Szívkoszorúér megkerülő műtét (by-pass):** nyílt szívű műtét végrehajtása a betegen torakotómiával és sternotómiával egy vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának bypass graft segítségével történő korrigálása céljából, amennyiben a beavatkozást megelőző angiográfiás vizsgálat legalább 50 százalékos szívkoszorúér-elzáródást mutatott ki, és a beavatkozást kardiológus szakorvos orvosilag szükségesnek ítélte. **A biztosítási fedezet nem terjed ki a következőkre:**

- ballon angioplasztika (PCTA);
- szívkatéterezés;
- lézeres beavatkozások;
- rotablade alkalmazása;
- stentelés;
- bármely egyéb artérián belüli katéteres technika alkalmazása;
- „kulcslyuk” szívkoszorúér bypass műtét.

- d) **Stroke (maradandó agykárosodások):** az agyszövet visszafordíthatatlan elhalásával járó agyi érrendszeri katasztrófa koponyán belüli vérzés, illetve a koponyán belül elhelyezkedő erek embóliája vagy trombózisa következtében. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a stroke permanens neurológiai funkcionális károsodásokat idézzen elő objektív abnormális neurológiai jelekkel, melyek fennállását neurológus szakorvos igazolja legalább három hónappal az esemény bekövetkezése után elvégzett fizikai vizsgálat eredménye alapján. A diagnózist agyi képzőanyag eljárások eredményével is alá kell támasztani, melyeknek az újonnan kialakult stroke diagnózisával konzisztensnek kell lenniük.

A következő esetekre a biztosítási fedezet nem terjed ki:

- tranziens ischaemiás attack (TIA);
- baleset vagy sérülés következtében fellépő agykárosodás;
- a szem működését érintő érrendszeri zavar, beleértve a látóideg vagy retina ereinek elzáródását;
- a vesztibuláris rendszer ischaemiás betegsége;
- képzőanyag eljárás segítségével diagnosztizált tünetmentes (csendes) stroke.

- e) **Krónikus veseelégtelenség:** mindkét vese működésének teljes és visszafordíthatatlan leállása, amelynek eredményeképpen folyamatosan vesedialízist végeznek a betegen, melynek szükségességét nefrológus szakorvos

állapítja meg. **A fedezet nem vonatkozik az olyan akut visszafordítható veseelégtelenségre, amely csak átmenetileg teszi szükségessé a vesedialízis alkalmazását.**

- f) **Létfontosságú szerv átültetése:** szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese vagy csontvelő átültetése a betegbe, amennyiben az szakorvosi vélemény alapján szükséges volt az adott szerv vagy csontvelő működésének visszafordíthatatlan, végső leállításának elkerülése céljából. **Össejtek illetve Langerhans-szigetek sejtjeinek transzplantációjára a fedezet nem terjed ki.**
- g) **Vakság:** mindkét szem látásának teljes, végleges, visszavonhatatlan elvesztése betegség vagy baleset eredményeként. A vakságot szemészorvosnak kell klinikailag igazolnia. A látás nem korrigálható, illetve javítható segédeszközökkel és sebészeti eljárásokkal.
- h) **Súlyos égési sérülés:** a test felületének legalább 20 százalékát lefedő, hegesedéssel járó harmadfokú égési sérülés. A diagnózist szakorvosnak kell igazolnia, és az érintett terület nagyságát standardizált, klinikailag elfogadott táblázatokkal szükséges alátámasztania.
- i) **Az ún. négy „alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség (hosszú távú gondoskodás):** ez a feltétel azt jelenti, hogy a biztosított személy betegsége vagy baleset miatt teljesen és visszavonhatatlanul képtelenné vált arra, hogy más személy nélkül elvégezzen az alábbi 6 kategóriából legalább 4 tevékenységet:
- személyi higiénia: a személyes tisztaság fenntartásához szükséges mértékű mosdás, fürdés;
 - öltözködés: az összes szükséges ruhadarab fel-, illetve levétele;
 - mozgás: egyik szobából a másikba való mozgás, leülés, felállás ágyról vagy székről;
 - evés, ivás: az elkészített étel, ital elfogyasztása;
 - WC használat: a WC-re való leülés, onnan való felállás és a személyes higiénia biztosítása;
 - kontinencia: a vizelet és széklet ürítési funkciók önkontrollja.
- j) **Sclerosis multiplex:** neurológus szakorvos által igazolt sclerosis multiplex betegség, mely legalább hat hónapja folyamatosan fennálló, permanens neurológiai károsodást eredményez, objektíven bizonyítható motoros és szenzoros diszfunkcióval. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele, hogy a diagnózist objektív neurológiai vizsgálatok eredményei támasszák alá (lumbálfunkció, vizuális kiváltott válaszok, auditoros kiváltott válaszok, MRI vizsgálat eredménye alapján igazolt központi idegrendszeri léziók).
- k) **Vértranszfúzióból származó AIDS- (HIV-) betegség:** HIV-fertőzés vagy AIDS diagnózisa, melyet HIV ELISA antitest vizsgálat pozitív eredménye és HIV megerősítő (Western Blot vagy PCR) vizsgálat pozitív eredménye is alátámaszt, amennyiben a HIV-fertőzés vérátömlesztésből származik, továbbá a következő feltételek mindegyike együttesen fennáll:
- a vérátömlesztés orvosilag indokolt vagy orvosi kezelés része volt;
 - a vérátömlesztésben a beteg Magyarország területén részesült a kockázatviselés kezdetét követően;
 - a fertőzés bizonyíthatóan a vérátömlesztést végző intézményből származik, és az intézmény képes a fertőzött vér eredetét megállapítani;
 - a biztosított nem szenved thalassaemia maior betegségben vagy hemofíliában.
- A biztosítási fedezet érvényét veszti és a biztosítási összeget a biztosító nem fizeti ki, amennyiben a biztosítási esemény megállapításakor a betegségre megfelelő gyógymód áll rendelkezésre. Megfelelő gyógymódnak minősül bármely olyan kezelés, amely a vírust inaktívvá vagy fertőzőképtelenné teszi, vagy helyreállítja az immunrendszer működését. A biztosítási fedezet nem vonatkozik a bármely egyéb úton szerzett HIV-fertőzésre, így a szexuális tevékenység vagy intravénás droghasználat eredményeképpen bekövetkező fertőzésekre sem.**
- A biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítási összeg kifizetésének feltételül szabja, hogy minden egyes érintett vérmintán független tesztek végezzen, és szükség esetén további mintákat kérjen a páciensről.
- l) **Végtag amputációja:** két végtag teljes és végleges elvesztése, amputációja csuklótól illetve bokától felfelé sérülés vagy betegség következtében.
- m) **Alzheimer-kór:** az emlékezet és a szellemi képességek fokozatos és tartós, maradandó romlásával járó betegség, amit szabványosított kérdőíves módszerek és agyi képalkotó módszerek igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát szakorvosnak kell igazolnia és a biztosító orvosának is el kell fogadnia. A betegség következtében jelentősen csökkennek a szellemi és szociális funkciók, ami miatt a biztosított folyamatos felügyeletre szorul. Továbbá a biztosított legalább hat hónapja képtelen (akár segítséggel, akár anélkül) az alábbi öt „alapvető napi tevékenység” közül legalább hármát elvégezni:
- **tisztálkodás:** fürdőkádban, zuhanyzóban, vagy más, elfogadható módon történő tisztálkodás képessége (beleértve a kádhoz, zuhanyzóhoz történő eljutást és az onnan történő kijutást is);
 - **öltözködés:** bármely ruhadarab, illetve szükségességük esetén rögzítők, művégtagok és más orvosi segédeszközök felvételének és levételének képessége;
 - **mozgás:** az ágyból székre vagy tolszékbe való eljutás és az onnan az ágyba visszajutás képessége;
 - **WC használat:** a mellékhelyiség használatára vagy a széklet- és vizeletürítés egyéb módon történő megoldására való képesség, amely elegendő a minimális szintű személyes higiénia fenntartásához;
 - **evés, ivás:** az elkészített és feltálatl étel, ital elfogyasztására való képesség.
- Pszichiátriai betegségekre és alkohollal kapcsolatos agykárosodásokra jelen biztosítás nem nyújt fedezetet.**

- n) **Angioplastika végrehajtása:** az eldugult, vagy leszűkültek erek helyreállítására szolgáló eljárás, ahol egy ballonvégű katétert juttatnak el a károsodott érrészhez, a ballon felfújásával állítják helyre a keringést az eredeti érben. A beavatkozást röntgen képerősítő, vagy más in situ képalkotó ellenőrzése mellett avatott szakember, érsebész hajtja végre.
- o) **Aortaműtét végrehajtása:** laparotómia vagy torakotómia végrehajtása a betegen az aorta tágulatának, szűkületének, elzáródásának vagy repedésének korrigálása céljából, amennyiben a beavatkozás az aorta mellkasi vagy hasi részén történik. **A biztosítási fedezet nem terjed ki az aorta ágain illetve a csupán minimális sebészeti beavatkozással vagy artérián belüli eljárással végzett beavatkozásokra (pl. perkután endovaskuláris aneurizma műtétre).**
- p) **Vérszegénység (aplasztikus anémia):** a csontvelő krónikus, tartós, elégtelen működése. A súlyos, visszafordíthatatlan aplasztikus anémia diagnózisát hematológus szakorvos állítja fel. A csontvelő elégtelen működésének eredményeként a csontvelőt alkotó sejtek száma 25% alatt marad és legalább két feltétel teljesül az alábbiak közül:
- abszolút neutrofil szám kevesebb, mint 500/mm³;
 - vérlemezkék száma kevesebb, mint 20 000/mm³;
 - retikulocita szám kevesebb, mint 20 000/mm³.
- A diagnózis elfogadásához a biztosítottnak egymást követő három hónapig rendszeres vértranszfúziót, csontvelő-stimuláló és immunszuppresszív szereket kell kapnia, vagy át kell esnie csontvelő átültetésen, illetve köldökzsinórvérből származó őssejt átültetésen.
- Az ideiglenes vagy visszafordítható aplasztikus anémia nem képezi a kockázati fedezet részét.**
- q) **Jóindulatú agydaganat:** életet veszélyeztető tumor a koponyaüregben belül, ami motoros és szenzoros diszfunkcióban megjelenő tartós idegrendszeri zavart okoz, amely egymást követő hat hónapon keresztül folyamatosan fennáll. Jóindulatú agydaganat jelenlétét olyan képalkotó eljárásoknak kell igazolniuk, mint a CT és az MRI. **Cisztákra, granulómákra, az agyi artériák és vénák fejlődési rendellenességeire, hematómákra, tályogokra, acusticus neurinomára, valamint az agyalapi mirigy és a gerincvelő daganataira a biztosító kockázatviselése nem terjed ki.**
- r) **Súlyos koponyasérülés:** az agyműködés zavarait eredményező, súlyos fejsérülés, melyet neurológus szakorvos igazol, és mágneses rezonancia vizsgálat, CT vagy más megbízható vizsgálati módszer eredménye is egyértelműen alátámaszt, amennyiben a fejsérülés kizárólag, közvetlenül és látható módon külső, baleseti behatásból származik, bármely egyéb tényező hatásától függetlenül.
- A betegség elfogadásának feltétele, hogy a biztosított a sérülés bekövetkezésének időpontját követő 6 hét elteltével is képtelen legyen (akár segítséggel, akár anélkül) az alábbi öt „alapvető napi tevékenység” közül legalább hármat elvégezni:
- **tisztálkodás:** fürdőkádban, zuhanyzóban, vagy más, elfogadható módon történő tisztálkodás képessége (beleértve a kádhoz, zuhanyzóhoz történő eljutást és az onnan történő kijutást is);
 - **öltözködés:** bármely ruhadarab, illetve szükségességük esetén rögzítők, művégtagok és más orvosi segédeszközök felvételének és levételének képessége;
 - **mozgás:** az ágyból székre vagy tolszékbe való eljutás és az onnan az ágyba visszajutás képessége;
 - **WC használat:** a mellékhelyiség használatára vagy a széklet- és vizeletürítés egyéb módon történő megoldására való képesség, amely elegendő a minimális szintű személyes higiénia fenntartásához;
 - **evés, ivás:** az elkészített és feltálatl étel, ital elfogyasztására való képesség.
- A fedezet nem vonatkozik a következőkre:**
- gerincvelő sérülés; és
 - az agyműködés bármely nem baleseti eredetű zavara.
- s) **Kóma:** eszméletlen állapot, melyben a páciens külső ingerekre, belső szükségletekre nem reagál. A kómás állapotnak legalább 96 órán keresztül fenn kell állnia, miközben a páciens életben tartása érdekében intubációra és gépi lélegeztetésre van szükség. Továbbá a funkcionális idegrendszeri zavaroknak a kómás állapot kezdetétől számított harminc napig folyamatosan, tartósan, állandó jelleggel jelentkezniük kell. **Orvosilag előidézett kómára, illetve alkoholfogyasztás, vagy kábítószer-használat által közvetlenül előidézett kómára a biztosító nem nyújt fedezetet.**
- A kóma súlyos központi idegrendszeri betegségek súlyos szövődménye. Görcsrohamok, hypothermia, metabolikus zavarok vagy organikus léziók okozta kétoldali agyi féltekei diszfunkció, illetve az agytörzsi aktiváló retikuláris rendszer zavara következtében alakulhat ki.
- t) **Hallóképesség teljes elvesztése:** teljes, kétoldali, visszafordíthatatlan hallásvesztés mindenféle hangra vonatkozóan betegség vagy baleset következtében, melyet szakorvos igazol az audiometriás és hangküszöb vizsgálatok eredményeit is tartalmazó leletekkel. **A fedezet nem vonatkozik a segédeszközökkel vagy sebészeti beavatkozással korrigálható süketiségre.**
- u) **Szívbillentyű cseréje:** nyílt szívbillentyűműtét végrehajtása a betegen a mellkas sebészeti felnyitásával egy vagy több szívbillentyű cseréje érdekében, melyet a szívbillentyű(k) defektusa, abnormalitása vagy betegsége tesz szükségessé, amennyiben a műtétet kardiológus szakorvos szükségesnek ítéli a megfelelő vizsgálatok eredményei alapján.

- v) **Beszélőképesség teljes elvesztése:** az érthető beszéd produkálására való képesség teljes és permanens elvesztése a gége illetve azt az agy beszédközpontjával összekötő idegnyúlványok visszafordíthatatlan károsodása következtében, melyet sérülés, tumor vagy betegség idéz elő. Szakorvosnak kell igazolnia a gégediszfunkció fennállását és azt, hogy a beszédre való képtelenség legalább hat hónapja folyamatosan fennáll. **A biztosítási fedezet nem terjed ki a pszichiátriai okokkal magyarázható beszédképtelenségre.**
- w) **Mozgató neuron betegség:** neurológus szakorvos által diagnosztizált mozgató neuron betegség, mely spinális izomsorvadással, progresszív bulbáris bénulással, amiotrófiás vagy primer laterálszklerózissal jár. A biztosítási esemény bekövetkezésének feltétele a kortikospinális pályák és az elülső szarv sejtek vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív degenerációja, továbbá permanens funkcionális neurológiai károsodás fennállása, amely objektíven igazolható módon, folyamatosan motoros diszfunkciót eredményezett legalább három hónapon keresztül.
- x) **Parkinson-kór:** neurológus szakorvos által egyértelműen diagnosztizált idiopátiás Parkinson-kór a következő három körülmény együttes fennállásával:
- a betegséget nem lehet gyógyszeres úton kontrollálni;
 - progresszív leépülés objektív jelei észlelhetők;
 - a biztosított legalább hat hónapon keresztül képtelen (akár segítséggel, akár anélkül) az alábbi öt „alapvető napi tevékenység” közül legalább hármat elvégezni:
 - o **tisztálkodás:** fürdőkádban, zuhanyzóban, vagy más, elfogadható módon történő tisztálkodás képessége (beleértve a kádhoz, zuhanyzóhoz történő eljutást és az onnan történő kijutást is);
 - o **öltözködés:** bármely ruhadarab, illetve szükségességük esetén rögzítők, művégtagok és más orvosi segéd-eszközök felvételének és levételének képessége;
 - o **mozgás:** az ágyból székre vagy tolészékbe való eljutás és az onnan az ágyba visszajutás képessége;
 - o **WC használat:** a mellékhelyiség használatára vagy a széklet- és vizeletürítés egyéb módon történő megoldására való képesség, amely elegendő a minimális szintű személyes higiénia fenntartásához;
 - o **evés, ivás:** az elkészített és feltálatl étel, ital elfogyasztására való képesség.
- Gyógyszer által kiváltott vagy toxikus eredetű Parkinson-kórra a biztosítási fedezet nem terjed ki.**
- y) **Bénulás:** legalább két végtag teljes és visszafordíthatatlan bénulása sérülés vagy betegség következtében. A paralízis fennállását neurológiailag igazolni kell. Szakorvosnak kell nyilatkoznia arról, hogy véleménye szerint a paralízis permanens a felépülés reménye nélkül. A bénulásnak, bénult állapotnak legalább 3 hónapja fenn kell állnia a biztosítási esemény bekövetkezéséhez. **A fedezet nem terjed ki az önkárosítás következtében fellépő paralízisre, részleges paralízisre, átmeneti posztvirális paralízisre és a paralízis pszichés okokból fellépő formáira.**

3. számú melléklet:

A kárbejelentéshez szükséges adatok, dokumentumok

A biztosító a Különös Feltételek 3) d) pontjában felsorolt biztosítási események miatt felmerülő szolgáltatási igényeket az alábbi dokumentumok megléte esetén fogadja el. A benyújtott dokumentumokat a biztosító orvos szakértője bírálja el. A biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

- a) Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.
 - b) Szívinfarktus elfogadásának feltételei a következők:
 - a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
 - az infarktusra jellemző EKG eltérések megléte;
 - a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.
- A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.
- c) Szívkoronária megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti leírás vagy annak kivonata szükséges.
 - d) Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 90 nap múlva a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.
 - e) Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumi leletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.
 - f) Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.
 - g) Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.
 - h) Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
 - i) Az ún. „4 alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálata alapján történik.
 - j) Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.
 - k) AIDS- (HIV-) betegség elfogadása fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
 - l) Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
 - m) Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon, vagy intenzív osztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatot, azok eredményére is szükséges a betegség elfogadásához.

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

