



Otthon Gondoskodás Biztosítási termékismertető

Biztosító: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

A termék: MVM Next lakossági ügyfeleinek szóló csoportos baleset- és egészségbiztosítás



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

Milyen típusú biztosításról van szó? A csoportos baleset- és egészségbiztosítás alapján a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződéshez tartozó Biztosítási Feltételekben meghatározott eseményekre nyújt szolgáltatást az ott meghatározott módon és mértékben.



Mire terjed ki a biztosítás?

- ✓ Balesetből eredő halál;
- ✓ Balesetből eredő testi sérülés, mely maradandó (végleges) egészségkárosodással jár;
- ✓ Balesetből eredő műtét;
- ✓ Balesetből eredő csonttörés, csontpedés;
- ✓ Balesetből eredő, egy éven belüli, orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg ellátás;
- ✓ Balesetből eredő költségek megfizetése, amiket a biztosított számlával tud igazolni (pl.: személyes vagyontárgyakban keletkezett károk, károsodott személyi okmány, szemüveg, kontaktlencse);
- ✓ Balesetből eredő égési sérülés;
- ✓ Kullancscsípés okozta egyes megbetegedések és azokból eredő halál,
- ✓ Gyermekek esetén: szúrt, vágott sérülés; áramütés; kutyaharapás; rovarcsípés okozta anafilaxiás sokk
- ✓ Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok
- ✓ 7/24 orvosi call center és ellátásszervezés



Mire nem terjed ki a biztosítás?

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

- ✗ öncsonkítással vagy annak kísérletével összefüggő események
- ✗ súlyosan ittas állapottal összefüggő események
- ✗ tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező események
- ✗ az elsődlegesen betegségi ok miatt bekövetkező balesetek előzménybetegségek esetén
- ✗ szűrővizsgálatok esetén
- ✗ olyan orvosi ellátások, melyeknek célja nem a Biztosított betegségének a megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása

A kizárások teljes listája a Biztosítási Feltételekben található.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A Biztosítók mentesülnek a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha

- ! bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta
- ! ha a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.
- ! A Biztosító a biztosítási csomagok függvényében a szolgáltatás összegét az 5. számú mellékletben limitálja.

A korlátozásokra vonatkozó valamennyi rendelkezés a Biztosítási feltételekben található.

A különleges adatok kezeléséhez történő hozzájárulást a Biztosított az Adatkezelési nyilatkozat kitöltésével és a Biztosítónak postai úton (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325), személyesen (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) vagy e-mailben (mvm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) köteles eljuttatni az első szolgáltatási igény bejelentése előtt. Ennek hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A Biztosító kockázatviselése a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki – kivéve az egészségbiztosítási fedezeteket, amelyekre vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése kizárólag Magyarország területére, a Biztosítottnak Magyarországon – a kockázatviselési időszakban – bekövetkezett balesetéből vagy valószínűsíthető betegségéből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Közlési és változásbejelentési kötelezettség, változások bejelentése 5 munkanapon belül a Szerződő és Biztosított adatainak megváltozása esetén.
- A Szerződőnek díjfizetési, valamint a Biztosítottak felé tájékoztatási kötelezettsége van.
- A Biztosítottak az áthárított díj megfizetési, kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

- A biztosítási díj havi rendszeres díjfizetésű, minden hónap első napjától az adott hónap utolsó napjáig terjedő egy hónapos időszakra vonatkozik.
- A biztosítási díj Biztosítottra jutó része első alkalommal a kockázatviselés kezdetének napján esedékes.
- A Biztosított a Szerződő által rá áthárított díjat a Szerződő részére, az energiaszámlába beépítve, azzal együtt köteles megfizetni.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A Biztosítók kockázatviselése a Biztosítottak a Csoportos Biztosítási Szerződéshez való csatlakozásának időpontjától függően:

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

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



Hogyan szüntethetem meg a biztosítási jogviszonyomat?

- a Biztosított Szerződőhöz intézett írásbeli (e-mailben vagy postán) nyilatkozatával az aktuális biztosítási időszak végére;
- a Biztosított biztosított jogviszonyának - Távértékesítési tájékoztató szerinti - azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján 24 órakor.



Otthon Gondoskodás Biztosítási termékismertető

Biztosító: CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.

A termék: MVM Next lakossági ügyfeleinek szóló csoportos számlavédelmi biztosítás



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

Milyen típusú biztosításról van szó? A csoportos számlavédelmi biztosítás alapján a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződéshez tartozó Biztosítási Feltételekben meghatározott eseményekre nyújt szolgáltatást az ott meghatározott módon és mértékben.



Mire terjed ki a biztosítás?

- ✓ Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő 30 napot meghaladó folyamatos betegállományára
- ✓ Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett 30 napot meghaladó regisztrált munkanélküliség vagy álláskeresőként nyilvántartásba vételére



Mire nem terjed ki a biztosítás?

Keresőképtelenség biztosítás esetén:

- ✗ Anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget)
- ✗ Olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat
- ✗ Olyan keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt
- ✗ A kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegségekre
- ✗ Az özvegyi nyugdíj kivételével a bármely más okból nyugdíjas Biztosítottra
- ✗ Olyan Biztosítottra, aki a biztosítási esemény bekövetkezésekor próbaidő alatt állt.

Munkanélküliség biztosítást esetén:

- ✗ A nem munkaviszonyban álló Biztosítottakra
- ✗ A munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett megszűnésére
- ✗ A munkaviszonynak próbaidő alatti megszűnésére
- ✗ Határozott tartamú munkaviszonyra
- ✗ Munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra
- ✗ Munkáltató általi rendes felmondása öregségi- vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén
- ✗ A Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette
- ✗ Arra a munkanélküliségi időszakra, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt
- ✗ Olyan Biztosítottra, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor nem rendelkezett legalább heti 30 órára szóló határozatlan idejű munkaviszonnyal
- ✗ Olyan Biztosítottra, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor rendelkezett legalább heti 30 órára szóló határozatlan idejű munkaviszonnyal, de az valamilyen oknál fogva - a táppénz eseteit kivéve - szünetelt.

A kizárások teljes listája a Biztosítási Feltételekben található.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! A Biztosító a biztosítási csomagok függvényében a szolgáltatás összegét limitálja
- ! A Biztosító egy biztosítási esemény kapcsán a szolgáltatást 6 hónapban, míg a tartam alatt 12 hónapban korlátozza
- ! A Biztosító munkanélküliség és keresőképtelenség biztosításnál 30 nap önrészt alkalmaz
- ! A Biztosító munkanélküliség biztosításnál 90 nap várakozási időt alkalmaz
- ! Számlavédelmi biztosítás vonatkozásában Biztosított az a természetes személy lehet, akinek a Csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában életkora 18 és 64 év között van



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A Biztosító kockázatviselése Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Közlési és változásbejelentési kötelezettség, változások bejelentése 5 munkanapon belül a Szerződő és Biztosított adatainak megváltozása esetén.
- A Szerződőnek díjfizetési, valamint a Biztosítottak felé tájékoztatási kötelezettsége van.
- A Biztosítottnak az áthárított díj megfizetési, kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

- A biztosítási díj havi rendszeres díjfizetésű, minden hónap első napjától az adott hónap utolsó napjáig terjedő egy hónapos időszakra vonatkozik.
- A biztosítási díj Biztosítottra jutó része első alkalommal a kockázatviselés kezdetének napján esedékes.
- A Biztosított a Szerződő által rá áthárított díjat a Szerződő részére, az energiaszámlába beépítve, azzal együtt köteles megfizetni.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A Biztosítók kockázatviselése a Biztosítottnak a Csoportos Biztosítási Szerződéshez való csatlakozásának időpontjától függően:

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

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



Hogyan szüntethetem meg a biztosítási jogviszonyomat?

- a Biztosított Szerződőhöz intézett írásbeli (e-mailben vagy postán) nyilatkozatával az aktuális biztosítási időszak végére;
- a Biztosított biztosítotti jogviszonyának - Távértékesítési tájékoztató szerinti - azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján 24 órakor.

**Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. és a
CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. között létrejött Otthon Gondoskodás Csoportos Baleset-, Egészség- és
Számlavédelem biztosítás feltételei**

Jelen Biztosítási Feltételek – ellenkező szerződéses kikötések hiányában a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt., (továbbiakban: „Biztosítók”) és az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (továbbiakban: „MVM Next” vagy „Szerződő”) között létrejött, az Otthon Gondoskodás Csoportos Baleset-, Egészség- és Számlavédelmi biztosítás szerződésre (a továbbiakban: „Csoportos Biztosítási Szerződés”, meghatározását ld. az alábbi 1.5. pontban) érvényesek.

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

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

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

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

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

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

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet a jelen Biztosítási Feltételek 1.1., 1.3., 1.12., 1.15., 2.3.3., 2.5., 3.2., 3.3., 3.9., 3.12., 3.13.2., 3.17., 3.18., 5., 6., 7., 8., 9., 11.1-13., 12.4-12.5., 13., 14., 15., 16., 17., 18. és 19. pontjaira.

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

1. Fogalommeghatározások

1.1. Baleset: jelen Biztosítási Feltételek szempontjából balesetnek minősül az emberi szervezetet ért, a Biztosított akaratától függetlenül, egyszeri, és hirtelen fellépő/bekövetkező külső behatás (mechanikai, elektromos vagy vegyi), amely sérülést vagy mérgezést vagy más testi károsodást eredményez, amely azonnali klinikai, anatómiai és funkcionális károsodás jeleit mutatja, valamint akut (3 napon belüli) szakorvosi ellátást tesz szükségessé. A kialakult sérülés (károsodás) a balesettel közvetlen oksági összefüggésben van bizonyíthatóan, és egy éven belül halált, átmeneti vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre.

Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a Biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefulladás
- égési sérülések, leforrázás, villámcsapás, elektromos áram hatásai,
- károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése, amennyiben azok az 1.15. pontban foglalt következményekkel járnak.

Jelen Biztosítási Feltételekben nem minősül balesetnek az emberi szervezeten belül - külső behatás nélkül - hirtelen bekövetkező károsodás (pl. rándulás, ficam, szakadás, húzódás, roppanás stb.), továbbá rosszul megtett lépésből eredő károsodás nem minősül balesetnek. Így jelen Biztosítási Feltétel alkalmazásában nem minősül balesetnek a rándulás, megemelés, habituális ficam, patológiás törés, nem balesettel összefüggő fertőzés, fagyás, kihűlés, napszúrás, nap általi égés, hóguta, madárinfluenza, porckorongsérülés, sérv, agyvérzés, gyermekbénulás, vesztettség, tetanuszfertőzés, továbbá – a gyermekcsomag kivételével – a

rovarcsípés. Az Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás Start, Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás Plus, Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás és számlavédelem Max, Otthon Gondoskodás baleset-biztosítás Start egyéni, Otthon Gondoskodás Családi baleset- és egészségbiztosítás Fitt családi és Otthon Gondoskodás baleset- és egészségbiztosítás Fitt egyéni csomag tekintetében balesetnek minősül a kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór, illetve agyvelő- és agyhártyagyulladás is.

A betegségek bekövetkezte jelen Biztosítási Feltételek szempontjából nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezte nem tekinthető baleseti következménynek.

1.2. Betegség: az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a Biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.

1.3. Biztosítási év: *a jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában - az abban foglalt limitek tekintetében meghatározott - a kockázatviselés kezdetétől számított 1 éves időtartam, mely a következő év azonos napjáig tart. Amennyiben a következő évben azonos nap nincs, úgy a következő év azonos hónapjának utolsó napja.*

1.4. Csatlakozási nyilatkozat: a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.3. b) (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele a Biztosított felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele által telefonon vagy online tett nyilatkozat, amelynek keretében a Biztosított, illetve a Szerződő ügyfele hozzájárul ahhoz, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződés rá, illetve közeli hozzátartozójára, élettársára, élettársának gyermekeire és szülei, mint Biztosítottakra kiterjedjen és a Szerződő az adott Biztosítottokra vonatkozó biztosítási díjat rá áthárítsa, egyben vállalja a biztosítási díj megfizetését.

1.5. Csoportos Biztosítási Szerződés: az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., mint Szerződő, valamint a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. és a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: „Biztosítók”), mint Biztosítók között a Szerződővel annak szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személyek és – baleset- és egészségbiztosítás esetén – azok közeli hozzátartozói, élettársa, az élettárs gyermekei és szülei, mint Biztosítottak javára létrejött baleset-, egészség- és számlavédelmi biztosítási szerződés.

1.6. Diagnosztikai vizsgálat: olyan orvosi eljárás, amely a Biztosított panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányul, de – önmagában – nem célja az állapot megváltoztatása.

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

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

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

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

1.11. Előzménybetegség: a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező biztosítási eseménnyel összefügg.

1.12. Kórház: az egészségügyi hatóság szakmai felügyelete által engedélyezett, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Ezek lehetnek:

- kórházak, klinikák,
- üzemi kórházak,
- a fegyveres testületek kórházai,
- minden olyan, az erre jogosult egészségügyi hatóság által elismert egyéb gyógyintézmény, ahová az orvos a Biztosítottat beutalja.

Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban fekvőbeteg-ellátást végeznek – különösen:

- a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek,
- gyógyfürdők, gyógyüdülők, fürdő- és egyéb gyógyintézetek, utógondozó szanatóriumok,
- ideg- és elmebeteg- és gondozóintézetek,
- geriátriai, „krónikus” intézetek, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, szociális otthonok,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
- az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetek, illetve
- kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesül.

1.13. Közeli hozzátartozó: a Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontja alapján a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadott-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér.

1.14. Maradandó egészségkárosodás: balesettel közvetlen okozati összefüggésben bekövetkezett testi sérülés, mely olyan maradandó (végleges) egészségkárosodással jár, melynek mértéke eléri vagy meghaladja jelen Biztosítási Feltételek 6. számú Rokkantsági fok megállapítása elnevezésű mellékletben meghatározott minimális értéket.

1.15. Műtét: minden olyan – orvos által – orvosszakmai szempontok szerint végzett sebészeti beavatkozás, ahol az adott kórképet nemzetközi kódrendszerrel azonosították (WHO-kód), és amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás céljából hajtottak végre. A műtétek kis, közepes, nagy és kiemelt műteti kategóriákba besorolását jelen Biztosítási Feltételek 1–4. számú mellékletei tartalmazzák. A műtétek WHO-kódok szerinti besorolásának részletes listája, ezen belül a kockázatviselésből kizárt műtétek listája a Biztosítók Ügyfélszolgálatán (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület földszint) tekinthető meg, illetve a [cig_pannonia_reszletes_muteti_lista_es_besorolas_who_kodokkal.pdf](#) oldalról tölthető le. Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazása szempontjából nem minősül műtétnek:

- a degeneratív jellegű, ortopéd típusú megbetegedések kezelése;
- kizárólag a bőrt, bőr alatti kötőszövetet ért sérüléseket követő olyan beavatkozás, amely sebkimetszésből, bőrvarratból áll;
- a sérült fogak eltávolítása;
- a szövetelhalással nem járó és műteti megoldást nem igénylő égési, fagyásos sérülések kezelése;
- a csőtükrözéssel végzett ízületi diagnosztikus és terápiás beavatkozás (arthroscopia), ha ezen beavatkozást műteti feltárás nem követi.

1.16. Szakorvos: Érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófa-orvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.

1.17. Szerződő ügyfele: a Szerződéssel a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy.

1.18. Távértékesítés: A távollevők között kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2025. évi XCIX. törvény alapján távközlő eszköz alkalmazásával létrejövő ügyletkötés.

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

2.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Szerződő és a Biztosítók között írásban, határozatlan időtartamra jött létre.

2.2. A Szerződő az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. (székhelye: 1081 Budapest II. János Pál Pápa tér 20., cégjegyzékszám: 01 10 140263), amely a Biztosítókkal a Csoportos Biztosítási Szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat a Biztosítóknak közvetlenül megfizeti (biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii). pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele által a Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – a Szerződő áthárítja a Biztosított, illetve a Szerződő ügyfelére. A díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 11. pont rendelkezéseit).

Az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt a Biztosítottra vonatkozó biztosított jogviszony létrejövetelkor a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el.

2.3. Biztosított:

2.3.1. Biztosított a

- a Szerződő ügyfele;
- baleset-és egészségbiztosítás esetén a Szerződő ügyfelének csatlakozása mellett továbbá felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfelének közeli hozzátartozója, élettársa, élettárs gyermeke és az élettársának szülei;

2.3.2. A Biztosítottá válás feltételei:

- a Csoportos Biztosítási Szerződéshez csatlakozott,
- egészségbiztosítási fedezet esetén őt erre való tekintettel a Szerződő a Biztosítóknak lejelenti, mint biztosítottat és
- akire vonatkozóan a Szerződő a biztosítási díjat megfizeti.

2.3.3. Baleset és Egészségbiztosítás fedezet esetén a Biztosítottá válás további feltétele:

- a 2.3.1. (i) pontban megjelölt személyek esetén, hogy a 2.3.2. pontban felsorolt feltételeknek megfelelő természetes személy a kockázatviselés kezdetekor a 18. életévét betöltötte, de még nem töltötte be a 75. életévét,
- a 2.3.1. (ii) pontban megjelölt személyek esetén olyan a 2.3.2. pontban felsorolt feltételeknek megfelelő természetes személy lehet a Biztosított, aki (i) a bejelentett lakcíme megegyezik a Szerződő ügyfelének bejelentett lakcímével,
- (ii) a Szerződő ügyfelének Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontban megjelölt közeli hozzátartozója, illetve élettársa, továbbá az élettárs gyermeke és az élettárs szülei is,
- (iii) a kockázatviselés kezdetekor a 1. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 75. életévét.
- (iv) gyermek csomag vonatkozásában: a kockázatviselés kezdetekor az 1. életévét betöltötte, de még nem töltötte be a 18. életévét.

2.3.4. A Csoportos Biztosítási Szerződés Baleset és Egészségbiztosítás fedezetéhez családi csomag esetén a Szerződő ügyfele önmagával együtt összesen legfeljebb 5 főt csatlakoztathat.

2.4. Számlavédelmi biztosítás fedezet esetében a Biztosítottá válás további feltételei:

A Biztosított olyan a 2.3.2. pontban felsorolt feltételeknek megfelelő természetes személy lehet:

- aki a kockázatviselés kezdetekor a 18. életévét betöltötte, de még nem töltötte be a 64. életévét,
- egészséges (azaz: megállapított krónikus betegség következtében nem áll tartós gyógyszeres kezelést igénylő rendszeres orvosi kezelés alatt),
- a Csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjáig sem ő, sem a munkáltatója nem kezdeményezett rendes vagy azonnali hatályú felmondást, közös megegyezéssel történő munkaviszony-megszüntetést, tudomása szerint nem tartozik az alkalmazottak azon körébe, akiknek a munkáltatónál végrehajtott átszervezés, csoportos létszám leépítés vagy ennek nem minősülő alkalmazotti létszámcsökkentés miatt megszűnhet a munkaviszonya; nem nyújtott be és nem kapott a munkáltatójától felmondólevelet, és munkáltatója nem áll csőd, végelszámolás, illetve felszámolási eljárás alatt, és nem tervez átszervezést vagy létszámcsökkentést;
- állandó bejelentett magyarországi lakcímmel és magyar társadalombiztosítással rendelkeznek.

2.5. Számlavédelmi biztosítás fedezetét – ideértve a családi csomagok számlavédelmi fedezetét részét – a Biztosítók kizárólag a Szerződő ügyfelének nyújtják és a Biztosítók a számlavédelmi biztosítás körébe tartozó kockázatokat is csak a Szerződő ügyfele tekintetében viselik, akinek a 2.3.1 és a 2.3.2. pont szerinti feltételeknek kell megfelelnie. Számlavédelmi biztosítás fedezete sem egyéni, sem családi csomag választása esetén nem terjed ki a szerződő ügyfelének közeli hozzátartozóira, élettársára, élettársának gyermekeire, élettársának szüleire.

2.6. Kedvezményezett: a biztosítási szolgáltatás igénybevételére jogosult személy, aki

2.6.1. balesetbiztosítási szolgáltatás esetében a Biztosított életében a Biztosított, a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse;

2.6.2. egészségbiztosítási szolgáltatás esetében a Biztosított, azzal, hogy a biztosítási szolgáltatások tekintetében keletkezett számlák ellenértékét a Biztosított az Ellátásszervező részére teljesíti.

2.6.3. számlavédelmi biztosítási szolgáltatás esetében a Szerződő.

2.7. Biztosítók: a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (Székhely: 1097 Budapest Könyves Kálmán körút 11. „B” ép., Cégjegyzékszám: 01 10 045857), és a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (Székhely: 1097 Budapest Könyves Kálmán körút 11. „B” ép., Cégjegyzékszám: 01 10 046150), amelyek a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viselik és a biztosítási szolgáltatást teljesítik. A baleset- és egészségbiztosítást nyújtó Biztosító a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., míg a számlavédelmi szolgáltatást nyújtó Biztosító a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.

3. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

3.1. A Szerződő köteles (1) a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint (2) a Biztosítók által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási Szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni a Biztosítottakat, (3) a biztosítási díjat a Biztosítóknak közvetlenül megfizetni.

3.2. A Szerződő az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét – a Biztosított, illetve amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított, a Szerződő ügyfele által a Csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelére.

3.3. A Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele köteles a Szerződő részére megfizetni a Szerződő által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj áthárítására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 11. pontban).

3.4. A Szerződő és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosítók által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljeskörűen megválaszolni.

3.5. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Szerződő és a Biztosított kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a Biztosítókkal írásban közölni, amelyeket – a Biztosított adott Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor – ismert vagy ismernie kellett. A Biztosítók írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

3.6. A Szerződő és a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítóknak 5 napon belül írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosítók a csatlakozás során írásban kérdést tettek fel. Lényeges körülmény továbbá az is, amire a Biztosítók a Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként történő csatlakozás során írásban, szóban vagy online formában kérdést tettek fel.

3.7. Az a Biztosított, aki keresőképtelenség és/vagy munkanélküliség kockázatot tartalmazó csomaggal rendelkezik, köteles a Biztosítóknak 15 napon belül bejelenteni, amennyiben előrehozott öregségi nyugállományba vonul.

3.8. A közlésre és a változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítókkal közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.

3.9. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén (ideértve a szándékosan valótlán tartalmú Csatlakozási nyilatkozat tételét is) a Biztosítók kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosítók a Csoportos Biztosítási Szerződés megkötésekor, illetőleg a Biztosított csatlakozásakor ismerték, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. A közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértésére a Biztosítók csak az adott (közlési- vagy változásbejelentési kötelezettségét elmulasztó) Biztosítottal szemben, illetve ezen Biztosítottra vonatkozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan hivatkozhatnak.

3.10. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosítók kötelezettsége, ha a Biztosított Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásától, illetve a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

3.11. A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosítók számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosítók jogosultak a közölt adatok ellenőrzésére, ezért a Biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, tevékenységével kapcsolatban kérdéseket tehetnek fel, orvosi vizsgálatot kérhetnek. A Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

3.12. A Biztosítók a Biztosított különleges adatnak minősülő egészségügyi adatait kizárólag akkor jogosultak kezelni, amennyiben a Biztosított a különleges adatok kezeléséhez hozzájárult. A Biztosított hozzájárulásának hiányában – amennyiben a különleges adatok kezelése a biztosítási jogviszony létrejöttének, fenntartásának vagy a szolgáltatás nyújtásának feltétele – nem jöhet létre, illetve nem tartható fenn biztosítási jogviszony, továbbá nem teljesíthető szolgáltatás azon esetekben, ahol különleges adatok szerepelnek. A különleges adatok kezeléséhez történő hozzájárulást a Biztosított az Adatkezelési nyilatkozat kitöltésével és a Biztosítónak postai úton (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325), személyesen (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) vagy e-mailben (mvm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) köteles eljuttatni az első szolgáltatási igény bejelentése előtt. Amennyiben az első szolgáltatási igény bejelentése előtt a különleges adatok kezeléséhez hozzájáruló nyilatkozat megadására nem került sor, úgy a Biztosított az Ellátásszervezővel folytatott telefonbeszélgetés alapján, az Ellátásszervező által elektronikusan küldött online felületre is feltöltheti a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruló nyilatkozatát. A hozzájáruló nyilatkozat hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.

3.13. Független orvosi szakvélemény:

- 3.13.1. Azokban az esetekben, amelyeket a jelen Biztosítási Feltételek Biztosítók (vagy általuk kijelölt) orvosának hatáskörébe utal, a Biztosított panasszal élhet, és a döntés független orvos szakértő általi felülvizsgálatát kérheti. Független orvos szakértő vizsgálatát és állásfoglalását a Biztosítók is kérhetik.
- 3.13.2. A független orvos szakértő eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt az állásfoglalás kérése. Amennyiben a Szerződő vagy a Biztosított kezdeményezte az eljárást, és a független orvos szakértő a javára döntött, a költségeket a Biztosítók fizetik.
- 3.14. A Biztosított köteles enyhíteni a káresemény következményeit minden olyan eszközzel, ami a mielőbbi gyógyulás érdekében felhasználható. Ennek keretében a Biztosított köteles különösen:
- 3.14.1. A betegség első orvosi diagnosztizálását követően, illetve a baleset után haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni kell.
- 3.14.2. Gondoskodni kell továbbá a megfelelő ápolásról, és általában törekedni kell a biztosítási esemény következményeinek lehetőség szerinti elhárítására, illetve enyhítésére.
- 3.14.3. A független orvos szakértő által előírt vizsgálatokon részt venni, valamint a baleset következményeinek enyhítésére vonatkozó utasításainak eleget tenni.
- 3.15. A Biztosítók kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a Bit.-ben foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.
- 3.16. A Csoportos Biztosítási Szerződés feltételeit kizárólag a Szerződő és a Biztosítók módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.
- 3.17. A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a Csoportos Biztosítási Szerződésbe történő belépésnek, (2) a Csoportos Biztosítási Szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosított jogviszonyukra vonatkozó Biztosítási Feltételek módosításának a joga.**
- 3.18. A Biztosítottakat kizárólag a biztosított jogviszonyuk azonnali hatályú felmondásának (ld. a 9.1.1. pontban) és rendes felmondásának (ld. a 9.1.2. pontban) joga illeti meg.**

4. A Biztosított csatlakozása a Csoportos Biztosítási Szerződéshez

- 4.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik.
- 4.2. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez a Szerződő szolgáltatási körébe eső szolgáltatásra érvényes szerződéssel rendelkező természetes személy ügyfelei, mint Biztosítottak az általuk, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Biztosított felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele nevében – a 4.5. pontban részletezett módon – tett Csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.
- 4.3. Baleset- és egészségbiztosítás esetén közeli hozzátartozó/élettárs/élettárs gyermeke/ élettárs szüleinek Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként való csatlakozásának feltétele a Szerződő ügyfelének Csoportos Biztosítási Szerződéshez Biztosítottként való csatlakozása.**
- 4.4. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez új Biztosított annak tartama alatt – figyelembe véve a 2.3. pontban foglalt rendelkezést – bármikor csatlakozhat jelen Biztosítási Feltételekben foglalt feltételekkel.
- 4.5. A Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozás az alábbiakban felsorolt módokon lehetséges:
- 4.5.1. rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli Csatlakozási nyilatkozat útján;
- 4.5.2. a Szerződő honlapján, online módon tett Csatlakozási nyilatkozat útján.
- 4.6. A Szerződő a Csatlakozási nyilatkozat megtételét követően a csatlakozásról:
- 4.6.1. szóbeli Csatlakozási nyilatkozat esetén a Biztosított által választott kommunikáció módjának megfelelően postai vagy elektronikusan úton,
- 4.6.2. online tett Csatlakozási nyilatkozat esetén elektronikusan úton írásbeli visszaigazolást (a továbbiakban: „**írásbeli visszaigazolás**”) küld a Biztosítottnak a biztosítási jogviszony létrejöttéről való igazolásként, amelyhez mellékel a jelen Biztosítási Feltételeket, a Biztosítási Termékismertetőt, a Távértékesítési tájékoztatót, a Biztosításközvetítői tájékoztatót, az Általános Ügyfél-tájékoztatót és az annak részét képező Adatkezelési tájékoztatót.
- 4.7. A Biztosítók a Biztosított Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozása során egészségi kockázatfelbírálást nem alkalmaznak.
- 4.8. Jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő Csoportos Biztosítási Szerződés részét képezi a Szerződőnek azon – a Szerződő informatikai rendszereiben nyilvántartott és a Biztosítókna átadott – dokumentációja, amely tartalmazza a Biztosítottak személyi adatait, a Csoportos Biztosítási Szerződés megkötéséhez adott hozzájáruló nyilatkozatait – így különösen a biztosítás megkötéséhez adott hozzájáruló, valamint különleges adatok esetén azok kezeléséhez az Biztosított hozzájárulását tartalmazó Adatkezelési nyilatkozatot..

5. A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

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

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

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

5.2.2. Az utolsó biztosítási időszak annak a hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosítók kockázatviselése megszűnik, és ugyanannak a hónapnak az utolsó nap 24. órájáig tart.

6. Területi hatály

6.1. A Biztosítók kockázatviselése a Föld teljes területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki – kivéve

6.1.1. a számlavédelmi biztosítás fedezetet, amelyre vonatkozóan a területi hatály Magyarország területére korlátozódik;

6.1.2. az egészségbiztosítási fedezeteket, amelyre vonatkozóan a Biztosítók kockázatviselése kizárólag Magyarország területére, a Biztosítottnak Magyarországon – a kockázatviselési időszakban – bekövetkezett balesetéből vagy valószínűsíthető betegségéből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

6.2. A Biztosítók a szolgáltatásaikat Magyarország területén nyújtják.

7. A Biztosítók kockázatviselésének kezdete, tartama

7.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, amelyet a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.3. b) (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Biztosított felhatalmazása alapján a Szerződő ügyfele a nevében a Csatlakozási nyilatkozat megtételekor ad meg.

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

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

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

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

8. A Biztosítók kockázatviselésének megszűnése

8.1. A Biztosítók kockázatviselése megszűnik:

8.1.1. ha a Biztosítottnak, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének a Szerződővel kötött földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatásra létrejött szerződéses jogviszonya megszűnik, vagy a felhasználási hely az energiaszolgáltatási vagy hálózathasználati szerződés megszegése miatt kikapcsolásra kerül, a megszűnés/kikapcsolás hatálynapja hónapjának utolsó napján 24 órakor. Nem minősül a kockázatviselés megszűnésének, ha a Szerződő és a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási szerződéses jogviszonyában a szolgáltatás folytonosságának fenntartása mellett változás áll be, így különösen, de nem kizárólag, ha a felek közös megegyezéssel módosítják a földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási szerződés tartalmát, ideértve azt az esetet is, ha a felek egyetemes szolgáltatási szerződés helyett a jövőre nézve szabadpiaci szerződéses feltételekben állapodnak meg, ha a felek személye nem változik;

8.1.2. ha a Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele és a Szerződő között megszűnik, szüneteltetésre kerül a havi földgáz- vagy villamosenergia-szolgáltatási díj számlázása, illetve előre fizetős mérő kerül felszerelésre, a megszűnés, szüneteltetés, illetve az előre fizetős mérő felszerelésének hónapja utolsó napján 24 órakor;

8.1.3. annak az naptári évnek az utolsó napján 24 órakor, amely naptári évben a Biztosított betölti 75. életévét;

8.1.4. a Biztosított halálával, a halál bekövetkeztének napján 24 órakor;

8.1.5. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. 9.1.1. pont) 24 órakor,

8.1.6. A Biztosított biztosítotti jogviszonyának Biztosított általi rendes felmondása esetén (ld. 9.1.2 pont) a felmondás beérkezésének időpontjától függően, vagy a beérkezéskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órakor;

8.1.7. A Biztosított biztosítotti jogviszonyának Biztosítók általi rendkívüli felmondása esetén (ld. 9.2. pont) – a Szerződővel történt előzetes egyeztetést követően – a Szerződőhöz címzett, írásbeli, indokolással ellátott jognyilatkozat közlésétől függően, vagy a közléskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órakor;

8.1.8. Az áthárított biztosítási díj [a Szerződő által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére, az azokban foglalt póthatáridőben történő] Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – Szerződő ügyfele általi megfizetésének hiányában a Biztosított biztosítási jogviszonya megszűnik az utolsó díjjal fedezett hónap utolsó napján 24 órakor.

8.1.9. a Szerződő és a Biztosítók közötti Csoportos Biztosítási Szerződés bármely okból történő megszűnése esetén, a megszűnés hatályának napján 24 órakor;

8.1.10. a biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor, ha az MVM Otthon Gondoskodás Csoportos Biztosítás hatálya alatt a Biztosított egy másik csomagra szóló újabb MVM Otthon Gondoskodás Csoportos Biztosítást igényel (csomagváltás).

8.1.11. Baleset-biztosítás körébe tartozó baleseti rokkantság esetén megszűnik továbbá a Biztosító kockázatviselése amennyiben az összegzett rokkantsági fok eléri a 100%-ot., a megállapítás napján 24 órakor,

8.2. Számlavédelem biztosítás esetében a Biztosítók kockázatviselése megszűnik továbbá

8.2.1. azon a napon, amikor a Biztosított öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonul,

8.2.2. annak a naptári évnek az utolsó napján, amelyben a Biztosított a 65. életévét betöltötte,

8.2.3. a Biztosított teljes és végleges munkaképesség-csökkenését megállapító jogerős határozat meghozatalának napján,

8.2.4. a kockázatviselés megszűnik továbbá abban az esetben is, ha a Biztosítók a kockázatviselés tartama alatt az adott Biztosítottra vonatkozóan összesen 12 hónap szolgáltatást teljesítettek.

8.3. A Biztosítók kockázatviselésének az egyik Biztosított vonatkozásában történő megszűnése – a 10. pontok kivételével, mely valamennyi biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnéséhez vezet – a többi Biztosítottra nem hat ki.

9. A Biztosítotti jogviszony felmondása

9.1. Biztosított általi felmondás

9.1.1. A Biztosított biztosítási jogviszonyának azonnali hatályú felmondása

9.1.1.1. A távértékesítés keretében (telefonon vagy online) tett Csatlakozási nyilatkozat esetében a Biztosítottak jogában áll a biztosított jogviszonyt a Csatlakozás visszaigazolásától – vagy amennyiben a Távértékesítési tájékoztatót később kapja meg, úgy annak kézhezvételétől – számított 14 napon belül a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, az mvmbiztositas.hu/biztositas-felmondas oldalon online, e-mailben (biztositas@mvm.hu vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu), illetve postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) felmondani (azonnali hatályú felmondás), amivel a rá kiterjesztett kockázatviselést és a biztosítási jogviszonyát azonnali hatállyal megszünteti.

Az azonnali hatályú felmondás a Szerződőhöz történő beérkezés napján 24 órakor lép hatályba. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítettnek tekinteni, ha azt a biztosított a fenti határidőn belül online beküldi, egyéb igazolható módon elküldi vagy postára adja. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosított jogviszony rendes felmondásának minősül, és a biztosítási jogviszony a rendes felmondás szabályai szerint szűnik meg. Az azonnali hatályú felmondás részletes szabályait a Távértékesítési tájékoztató tartalmazza. Amennyiben a Biztosított a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Szerződő az adott Biztosítottra vonatkozóan esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Biztosítottnak, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfelének. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.

9.1.2. A Biztosított biztosítási jogviszonyának rendes felmondása

9.1.2.1. A Biztosított jogosult a biztosítási jogviszonyát a Szerződőhöz intézett és elektronikus (biztositas@mvm.hu, vagy ugyfelszolgalat@mvm.hu) vagy postai úton (MVM Next Energiakereskedelmi Zrt., 1439 Budapest, Pf. 700) a Szerződőhöz eljuttatott írásbeli felmondó nyilatkozattal, 30 napos felmondási idővel, a biztosítási időszak végére felmondani;

9.1.2.2. Amennyiben a felmondási nyilatkozat beérkezése és a beérkezés hónapját tartalmazó biztosítási időszak vége között már nincs 30 nap, úgy a Biztosított felmondása a következő biztosítási időszak utolsó napjára hatályos.

9.2. Biztosítók általi felmondás

9.2.1. A Biztosító jogosult az adott Biztosított biztosítási jogviszonyát – a Szerződővel történt előzetes egyeztetést követően – 5 (öt) munkanapos felmondási idővel a biztosítási időszak végére, írásbeli, indokolással ellátott, a Szerződőhöz címzett jognyilatkozattal megszüntetni (rendkívüli felmondás).

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

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

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

10. A Csoportos Biztosítási Szerződés megszüntetése

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

11. A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

11.1. A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

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

11.1.2. A biztosítás havi rendszeres díjfizetésű.

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

11.1.4. A biztosítási díj a hónap első napján élő biztosítási fedezettel rendelkező Biztosítottakra vonatkozik.

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

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

11.1.7. A Szerződő díjfizetési kötelezettsége mindaddig fennáll, amíg a Biztosítók a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viselik.

11.1.8. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó része a Biztosított által választott biztosítási csomagtól függ, melyet az 5. számú melléklet tartalmaz.

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

11.2. A biztosítási díj módosítása

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

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

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

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

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

11.2.6. A módosított biztosítási díj a hatálybalépésének napjától valamennyi – a hatálybalépését követően biztosítási jogviszonnyal rendelkező – Biztosított vonatkozásában alkalmazandó.

11.3. A Szerződő által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

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

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

11.3.3. Ha Biztosítók kockázatviselése a Szerződő és a Biztosított között fennálló szerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely nem esik egybe a Szerződő szolgáltatási körébe tartozó számla esedékességével, akkor, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Szerződő a szolgáltatási körébe tartozó szerződés lezárásakor számolja fel.

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

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

12. Szolgáltatási csomagok

12.1. A leendő Biztosított, illetve – amennyiben a Szerződő ügyfelének 2.3.1. (ii) pontban foglalt családtagja a Biztosított – a Szerződő ügyfele a Csatlakozási nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy az 5. számú mellékletben foglaltak közül melyik biztosítási csomagot igényli.

12.2. Az egyes csomagok baleset-, egészség-, illetve számlavédelmi biztosítás fedezeteket tartalmazhatnak az 5. számú mellékletben foglaltak szerint.

12.3. Családi csomag választása esetén a biztosítási csomag tartalma valamennyi, családi csomagba tartozó Biztosítottra vonatkozik.

12.4. Otthon Gondoskodás Fitt családi csomag választása esetén a nagyértékű diagnosztika fedezet limitje személyenként értendő, legfeljebb 5 főig.

12.5. Otthon Gondoskodás Max és Családi baleset-biztosítás és számlavédelem EXTRA csomag választása esetén a számlavédelmi biztosítás kizárólag a Szerződő ügyfelére vonatkozik, az annak körébe tartozó keresőképtelenség és munkanélküliség biztosítási esemény kockázatát a Biztosítók kizárólag a Szerződő ügyfelére vonatkozóan viseli, amennyiben rá nézve a biztosítási jogviszony fennáll.

13. Értékkövetés

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

14. Biztosítási esemény

14.1. A Biztosítók jelen Csoportos Biztosítási Szerződés alapján az alábbi kockázatokat viselhetik:

14.1.1. Baleset-biztosítás fedezetébe tartozó kockázatok:

A Biztosított balesetből eredő, illetve azzal közvetlenül összefüggésben a kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett alábbi események:

14.1.1.1. baleseti halál;

14.1.1.2. baleseti rokkantság (1-100%):

14.1.1.2.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartamán belül balesettel közvetlen okozati összefüggésben bekövetkezett testi sérülése, mely olyan maradandó (végleges) egészségkárosodással jár, melynek mértéke eléri vagy meghaladja a 6. számú Rokkantsági fok megállapítása elnevezésű mellékletben meghatározott minimális értéket.

14.1.1.2.2. Az egészségkárosodás kizárólag akkor tekinthető maradandónak, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakult, stabilnak tekinthető.

14.1.1.2.3. A Biztosítók a balesetből eredő rokkantság fokát a jelen Biztosítási Feltételek 6. számú Rokkantsági fok megállapítása elnevezésű mellékletének megfelelően állapítja meg.

14.1.1.2.4. A balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékét $\frac{1}{2}$ tekintet nélkül a Biztosított foglalkozására – a Biztosítók orvosa állapítja

meg, más szakértői testületek döntésétől függetlenül.

14.1.1.2.5. Az egészségkárosodás mértékének meghatározásakor az orvos szakértői vizsgálat alapján megállapított anatómiai károsodásból adódó funkciócsökkenést kell figyelembe venni, a munkaképesség-csökkenéstől, munkaköri alkalmasságtól vagy sporttevékenységre képességtől függetlenül.

14.1.1.2.6. A Biztosítók jogosultak a Biztosított egészségi állapotát a Biztosítók által megnevezett orvosokkal ellenőriztetni.

14.1.1.2.7. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

14.1.1.3. baleseti műtéti térítés:

14.1.1.3.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottban a kockázatviselés tartamán belül balesetből eredően szükségessé vált és végrehajtott műtete. A műtétek besorolása az Általános Feltételek 1–4. számú mellékletében található.

14.1.1.3.2. Amennyiben egy Biztosított esetében egy balesetből kifolyólag több műtéti csoportba sorolható műtét elvégzésére kerül sor, akkor az egy biztosítási eseménynek számít.

14.1.1.3.3. Ha a baleset jellegéből adódóan akut szakorvosi ellátást igénylő helyzet következik be, az egyes csoportbeosztásokban (Általános Feltételek 1–4. számú mellékletei) szereplő műtéti térítésre akkor van lehetőség, ha a baleset alkalmával elszenvedett sérülés – anatómiai elváltozás – szakorvosi lelettel igazolást nyer, és annak műtéti ellátására a szakma szabályai által meghatározott módon és időhatárokon belül sor kerül.

14.1.1.4. baleseti kórházi napi térítés 1. naptól:

14.1.1.4.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottban a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesetből eredő, annak bekövetkeztétől számított egy éven belül, orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátása. A biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben részesül az a személy, aki napi 24 óra kórházi tartózkodást igazol.

14.1.1.4.2. Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg-ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.

14.1.1.5. baleseti égési sérülés:

14.1.1.5.1. A Biztosítók jogosultak a Biztosított egészségi állapotát a Biztosítók által megnevezett orvosokkal ellenőriztetni.

14.1.1.6. baleseti csonttörés:

14.1.1.6.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottban a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező baleseti eredetű múltékony sérülése, melynek következménye a Biztosított csonttörése, csontrepedése.

14.1.1.7. baleseti költségtérítés:

14.1.1.7.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottban a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesete, melynek következtében a Biztosítottban a 14.1.1.7.2. pontban meghatározott baleseti költségei merülnek fel.

14.1.1.7.2. Baleseti költségnek minősülnek a balesettel kapcsolatos, Magyarországon kiállított számlával igazolt költségek:

- a balesetet szenvedett Biztosított ruházatában, személyes vagyontárgyaiban – kivéve elektronikus eszközök – keletkezett károk miatt felmerült javítási, tisztítási költségek. Amennyiben a ruházat, illetve a vagyontárgy javítása, tisztítása nem lehetséges, úgy a Biztosítók annak új értékét téríti meg;
- a baleset során károsodott személyi okmány (úgy mint a személyazonosító igazolvány, lakcímet igazoló hatósági igazolvány, vezetői engedély, útleve) újrabeszerzési költsége;
- a baleset következményeként elszenvedett szemsérülés miatt szükséges, orvosi vényre felírt szemüveg, kontaktlencse költsége, továbbá a balesetben sérült, orvos által felírt szemüveg, kontaktlencse javításának, cseréjének költsége;
- a baleset következményeként elmulasztott, de már a baleset előtt kifizetett verseny(ek) nevezési díjának összege,
- a baleset következményeként szükségessé váló gyógyszer, kötszer, valamint gyógyászati segédeszköz beszerzésének költsége.

14.1.1.8. baleseti rehabilitációs támogatás:

14.1.1.8.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottban a kockázatviselési időszakban bekövetkező balesetével ok-okozati összefüggésben, a baleset időpontjától számított egy éven belül kialakuló, olyan maradandó egészségkárosodása, melynek következtében a Biztosítottban a 15.2.7.2. pont szerinti, Magyarországon kiállított számlával igazolt költségei merülnek fel.

14.1.1.8.2. A Biztosítók jogosultak a Biztosított egészségi állapotát a Biztosítók által megnevezett orvosokkal ellenőriztetni.

14.1.1.9. Szerződő ügyfele és annak házastársa/élettársa esetén (amennyiben a Biztosítók kockázatviselése rájuk a csatlakozási nyilatkozat alapján kiterjed): közlekedési baleseti halál, illetve a közlekedési balesetből eredő, az ok-okozati összefüggésben lévő halál;

14.1.1.10. kullancscsípés okozta Lyme-kór/agyhártyagyulladás/agyvelőgyulladás, illetve amiatt bekövetkező halál:

14.1.1.10.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottban az alábbi megbetegedések valamelyikének a kockázatviselési tartamon belüli kullancscsípés következtében, azzal közvetlen okozati összefüggésben történő, kockázatviselési tartamon belüli diagnosztizálása:

- Lyme-kór,
- agyvelő- és agyhártyagyulladás;
- a Biztosítottban jelen pontban foglalt valamely megbetegedése következtében, azzal okozati összefüggésben, a kockázatviselési tartamon belüli bekövetkező halála.

14.1.1.10.2. A betegség esetén a biztosítási események bekövetkezésnek időpontja a jelen pontban felsorolt betegségek diagnosztizálásának időpontja, míg halál esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a haláleset napja.

14.1.1.11. Speciális balesetek (szúrt, vágott sérülés, áramütés):

14.1.1.11.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a kiskorú Biztosítottban a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező alábbi balesete:

14.1.1.11.1.1. szúrt, vágott sérülés: a kiskorú Biztosított a kockázatviselés tartama alatt orvos által igazolt, orvosi ellátást igénylő szúrt, vágott sérülést szenved, és ez ín-, vagy idegsérüléssel, vagy ízület megnyitásával jár, továbbá insérülés esetén az ín sebészeti úton történő egyesítése történik

(pl. invarrattal), idegsérülés esetén pedig annak ellátása idegvarrattal történik meg.

14.1.1.11.1.2. áramütés: a kockázatviselés tartama alatti áramütés, melynek következtében haladéktalanul a kiskorú Biztosított kórházi fekvőbeteg-ellátására kerül sor, és a kórházban tartózkodás időtartama meghaladja a 24 órát.

14.1.1.12. Kutyaharapás:

14.1.1.12.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a kiskorú Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért, kutya által okozott harapás, amely következtében a bőr folytonossága megszakad, és a bőr alapvető sebtisztításán túlmenően drainezés, vagy roncsolt terület kimetszése is szükséges.

14.1.1.13. Anafilaxiás sokk (rovarcsípés okozta)

14.1.1.13.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a kiskorú Biztosítottnál a kockázatviselési időszakban fellépő, orvosi dokumentummal igazolt rovarcsípés okozta anafilaxiás sokk.

14.1.2. Baleset-biztosítás esetén a biztosítási eseményhez vezető balesetnek is a kockázatviselés tartama alatt kell megtörténnie.

14.1.3. Egészségbiztosítás fedezetébe tartozó kockázatok:

14.1.3.1. nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok:

14.1.3.1.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a szakorvos által elrendelt diagnosztikai vizsgálat igénybevétele, mely a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt válik szükségessé, és orvosilag indokolt.

14.1.3.1.2. A kockázatviselés tartama alatt, előzmény nélkül bekövetkezett betegsége vagy balesete miatt a Biztosított kérésére az Ellátásszervező az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl az igényelt szakellátás megszervezését vállalja.

14.1.3.1.3. Fedezett diagnosztikai vizsgálatok:

- MRI (natív, kontrasztos),
- MRCP
- CT (natív, kontrasztos)
- Cardio-CT
- PET CT (natív, kontrasztos)

14.1.3.2. 7/24 orvosi call center és ellátásszervezés:

14.1.3.2.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosított aktuális egészségi állapotához kapcsolódóan táv-szolgáltatással történő segítség, tanácsadás igénybevétele az Ellátásszervező által üzemeltetett orvosi Call Centerbe irányuló telefonhívással, egészségügyi ellátás megszervezése az Ellátásszervező által a Biztosított számára, olyan ellátási igény miatt, mely a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartam alatt bekövetkezett betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt lép fel.

14.1.4. Számlavédelem biztosítás fedezetébe tartozó kockázatok keretében:

14.1.4.1. Keresőképtelenség

14.1.4.1.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő, 30 napot meghaladó, a 14.1.4.1.4. pontban foglalt folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség).

14.1.4.1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének kezdő időpontja a keresőképtelenség 31. napja.

14.1.4.1.3. A Biztosítási Feltételek jelen pontja alkalmazásában kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.

14.1.4.1.4. Keresőképtelen az a munkavállaló vagy egyéni vállalkozó, aki keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van, mert:

- betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni,
- fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül,
- közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltották, és más beosztást nem kap,
- közegészségügyi okokból hatóságilag elközlítették,
- járványügyi, illetőleg állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud, és más munkahelyen (munka-körben) átmenetileg sem foglalkoztatható.

14.1.4.2. Munkanélküliség:

14.1.4.2.1. A Biztosítási Feltételek jelen pontja értelmében biztosítási esemény a Biztosítottnak a Biztosítók kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett regisztrált munkanélküliségi vagy álláskeresőkénti nyilvántartásba vétele. Munkanélküli az, aki nincs munkajogviszonyban, nem végez önálló jövedelemszerző tevékenységet, valamint akit a munkaügyi központ/kirendeltség munkanélküliként, álláskeresőként tart számon.

14.1.4.2.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének kezdő időpontja az a nap, amelyen a munkaügyi központ/kirendeltség a Biztosítottat munkanélküliként, álláskeresőként nyilvántartásba veszi.

14.1.4.2.3. A Biztosítási Feltételek jelen pontja alkalmazásában kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt – a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül – bekövetkezett véten és önhibáján kívüli munkanélkülivé válása minősül biztosítási eseménynek.

14.2. A 14.1. pontban foglalt kockázatok közül a különböző választható csomagokba tartozó biztosítási események pontos listáját csomagonként az 5. számú melléklet tartalmazza.

15. A Biztosítók szolgáltatása

15.1. A Biztosítók a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett biztosítási események esetén az 5. számú mellékletben meghatározott biztosítási összegek vagy limitek erejéig teljesítik biztosítási szolgáltatásukat.

15.2. A Baleset-biztosítás fedezetébe tartozó kockázatok keretében további rendelkezések:

15.2.1. baleseti rokkantság (1-100%):

15.2.1.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók a Biztosítási Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott biztosítási összegnek a Biztosított egészségkárosodásával arányos részének kifizetésére vállalkoznak kötelezettséget. A Biztosítók az 1%-os rokkantsági fokot el nem érő egészségkárosodásra szolgáltatást nem teljesítik.

15.2.1.2. Az érzékszervek működőképességének részleges elvesztése esetén a szolgáltatást legfeljebb a megfelelő rokkantsági fok 75%-ában lehet meghatározni.

15.2.1.3. Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésekor már meglévő sérülés, állapot legalább 25%-os mértékben közrehatott a biztosítási eseménnyel összefüggő maradandó egészségkárosodás kialakulásában, a Biztosítók a közrehatás mértékével csökkentett egészségkárosodás alapján szolgáltat.

15.2.1.4. Egy Biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű, maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-ot nem haladhatja meg. A kockázatviselés tartama alatt bekövetkező balesetkből eredő maradandó baleseti sérülések mértékei (rokkantsági fokok) összegződnek. Amennyiben az összegzett rokkantsági fok eléri a 100%-ot, a biztosítási védelem az adott Biztosított tekintetében megszűnik.

15.2.1.5. A Biztosítók egy Biztosított vonatkozásában az adott biztosítási év során bekövetkező különböző balesetkből eredő, de következményeiket tekintve egymásra ható rokkantságot előidéző sérülések esetén a legsúlyosabb következményekkel járó sérülésre teljesít szolgáltatást úgy, hogy a kifizetendő összeget a könnyebb sérülésekre már teljesített szolgáltatással csökkentik.

15.2.1.6. A baleseti rokkantság mértékének megállapítására csonkolásos esetekben azonnal, egyéb esetekben a végállapot kialakulását követően, legkésőbb a baleset bekövetkezése után 2 évvel kerülhet sor. Amennyiben a rokkantság végleges foka meghaladja az előzetesen megállapított rokkantsági fokot, a Biztosítók a rokkantsági fok különbözetének megfelelő többletszolgáltatást fizeti ki.

15.2.2. baleseti műteti térítés:

15.2.2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók műtét esetére az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott egyszeri összegnek az alábbi 4. pontban meghatározott százaléka kifizetésére vállal kötelezettséget, a jogosult által megjelölt módon.

15.2.2.2. A biztosítási összeg meghatározása:

- kis műtét esetén a Biztosítók a nagy műtét esetére az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott biztosítási összeg 25%-át fizeti ki
- közepes műtét esetén a Biztosítók a nagy műtét esetére az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott biztosítási összeg 50%-át fizeti ki
- nagy műtét esetén a Biztosítók a nagy műtét esetére az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott biztosítási összeget fizeti ki
- kiemelt műtét esetén a Biztosítók a nagy műtét esetére az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott biztosítási összeg 200%-át fizeti ki

15.2.2.3. A Biztosítók egy biztosítási éven belül biztosítottanként legfeljebb 3 alkalommal teljesít szolgáltatást.

15.2.2.4. Amennyiben egy Biztosított esetében egy balesetből kifolyólag több műteti csoportba sorolható műtét elvégzésére kerül sor, akkor az egy biztosítási eseménynek számít, és a Biztosítók a legmagasabb kategóriában elvégzett műtét után nyújtja a térítést.

15.2.2.5. A szolgáltatás összege az 1-4. mellékletek szerinti műtét kategóriájától, illetve az égési sérülés fokától és kiterjedésétől függő százaléka.

15.2.3. baleseti kórházi napi térítés 1. naptól:

15.2.3.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott, a választott csomagnak megfelelő biztosítási összeget (napi térítést) fizet az arra jogosult részére az általa megjelölt módon minden olyan napra, amelyen a Biztosított ellátásban részesül.

15.2.3.2. A kórházi ápolásra szóló szolgáltatás egyidejűleg csak egy biztosítási eseményre vehető igénybe. Újabb biztosítási eseményre kórházi ápolási szolgáltatás csak akkor teljesíthető, amikor az előző kórházi ápolás orvosilag egyértelműen befejeződött.

15.2.3.3. A Biztosítók egy biztosítási éven belül biztosítottanként legfeljebb 3 alkalommal teljesít szolgáltatást.

15.2.3.4. Egy balesetből eredően a Biztosítók összesen legfeljebb 365 nap ápolási tartamra nyújt biztosítási fedezetet.

15.2.4. baleseti égési sérülés:

15.2.4.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságának megfelelő hányadát fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.

15.2.4.2. A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a következő:

Mélység	Testfelület			
	10–19%	20–49%	50–79%	80% és a felett
I. fokú	–	–	–	–
II. fokú	–	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100 %	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

15.2.4.3. Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedésű égési sérülést szenved, akkor a Biztosítók a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú (mélységű) sérülés figyelembevételével állapítja meg.

15.2.4.4. A szolgáltatás összege az 1-4. mellékletek szerinti műtét kategóriájától, illetve az égési sérülés fokától és kiterjedésétől függő százaléka.

15.2.5. baleseti csonttörés:

15.2.5.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott, a választott csomagnak megfelelő egyszeri összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.

15.2.5.2. A Biztosítók egy biztosítási éven belül biztosítottanként legfeljebb 3 alkalommal teljesít szolgáltatást.

15.2.6. baleseti költségterítés:

15.2.6.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók legfeljebb az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott, a választott csomagnak megfelelő biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.

15.2.6.2. A Biztosítók egy biztosítási éven belül biztosítottanként legfeljebb 3 alkalommal teljesít szolgáltatást.

15.2.7. baleseti rehabilitációs támogatás:

15.2.7.1. A Biztosítók a biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosított nevére és címére Magyarországon kiállított számlával igazolt költségeit térítik meg a kedvezményezett részére, biztosítási évente legfeljebb az 5. számú mellékletben meghatározott biztosítási összeg mértékéig.

15.2.7.2. A Biztosítók szolgáltatása szempontjából elismert költségek az egészségügyi szolgáltatók által a Biztosított részére teljesített, alábbi egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó, a Biztosított által megfizetett ellátási díjak:

- gyógytorna,
- fizikoterápia,
- fizioterápia.

15.2.7.3. A Biztosítók a közfinanszírozott társadalombiztosítási ellátásban igénybe vett, fenti kategóriákba sorolható egészségi ellátások vonatkozásában szolgáltatást nem teljesít.

15.2.7.4. Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

15.2.8. Közlekedési baleseti halál, illetve a közlekedési balesetből eredő, az ok-okozati összefüggésben lévő halál

15.2.9. Kullancscsípés okozta Lyme-kór/agyhártyagyulladás/agyvelőgyulladás, illetve amiatt bekövetkező halál:

15.2.9.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók az Általános Feltételek 5. sz. mellékletében meghatározott, a választott csomagnak megfelelő biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.

15.2.10. Speciális balesetek (szúrt, vágott sérülés, áramütés):

15.2.10.1. A Biztosítók a biztosítási esemény bekövetkeztekor a választott csomag tartalmának megfelelő biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek.

15.2.10.2. A Biztosítók jelen kockázat alapján biztosítási évente ugyanazon kiskorú Biztosított részére legfeljebb egy alkalommal teljesít szolgáltatást, illetve egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszer fizethető ki.

15.2.11. Kutyaharapás:

15.2.11.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók a választott csomag tartalmának megfelelő biztosítási összeget fizetik ki a Kedvezményezett részére.

15.2.11.2. A Biztosítók jelen kockázat alapján biztosítási évente ugyanazon kiskorú Biztosított részére legfeljebb egy alkalommal teljesítenek szolgáltatást, illetve egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosítási összeg csak egyszer fizethető ki.

15.2.12. Anafilaxiás sokk (rovarcsípés okozta):

15.2.12.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosítók a választott csomag tartalmának megfelelő biztosítási összeget fizetik ki a Kedvezményezett részére.

15.3. Egészségbiztosítás fedezetébe tartozó kockázatok keretében:

15.3.1. A Biztosítók szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási évre szóló limit) jelen Biztosítási Feltételek 5. számú mellékletében (Az egyes biztosítási csomagok tartalma és a biztosítási díjak), a Biztosított által választott csomagnak megfelelően került meghatározásra. A Biztosítók az egészségügyi ellátás(ok) díját csak a limit mértékéig vállalják át. A limit túllépése esetén az egészségügyi ellátás díja és a szolgáltatási kere-tösszezből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a Biztosítottat terheli. A különbözetet a Biztosított köteles az Egészségügyi szolgáltató részére megfizetni. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az Ellátásszervező nyújt tá-jékoztatást. A limit felett a Biztosítók a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási év alatt a Biztosított részére a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében további szolgáltatás nyújtására nem köteles.

15.3.2. A kockázatviselés tartama alatt, előzmény nélkül bekövetkezett betegsége vagy balesete miatt a Biztosított kérésére az Ellátásszervező az egészségügyi szolgáltató ajánlásán túl az igényelt szakellátás megszervezését vállalja. Amennyiben szak-orvosi vizsgálati leletekkel dokumentáltan olyan betegséget vagy baleseti sérülést állapít meg, amely indokolja a vonatkozó Nagyszerű diagnosztikai vizsgálati eljárások elvégzését, úgy ezekre a Biztosítók a vonatkozó fedezet és limit erejéig térítést is nyújtanak. Egyéb esetekben, melyek jelen Feltételek szerint nem minősülnek biztosítási eseménynek, a Biztosított a megszer-vezett egészségügyi ellátást önköltségen veheti igénybe.

15.3.3. Ellátásszervezés

15.3.4. 7/24 Orvosi call center szolgáltatás

15.4. Számlavédelem biztosítás fedezetébe tartozó kockázatok keretében:

15.4.1. Keresőképtelenség:

15.4.1.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosítók a biztosítási esemény bekövetkeztét követő 31. naptól a vá-lasztott biztosítási csomagnak megfelelő, havi rendszerességű szolgáltatást fizetnek a Szerződő, mint kedvezményezett részére kész-pénzre nem váltható számlajóváírás formájában.

15.4.1.2. A Biztosítók a térítési összegeket a keresőképtelenség ideje alatt, vagy a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, de legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizetik.

15.4.1.3. A biztosítási szolgáltatás megszűnését követően a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok miatt a Biztosított újból bekövetkező keresőképtelenségét – ha az a korábbi biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül történik – az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti a Biztosítók, és a keresőképtelenség után azonnal szolgáltat. A Biztosítók az egyéb okból bekövetkező keresőképtelenséget – a megszűnést követő 60 napon belül vagy azon túl – a 2. pont szerinti új biztosítási eseménynek tekintik.

15.4.1.4. A kockázatviselés tartama alatt a biztosítási események számától függetlenül maximum 12 hónap szolgáltatás vehető igénybe. Ezt követően a Biztosítók kockázatviselése megszűnik.

15.4.2. Munkanélküliség:

15.4.2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosítók a biztosítási esemény bekövetkeztét követő 31. naptól a választott biztosítási csomagnak megfelelő, havi rendszerességgű szolgáltatást fizet a Szerződő, mint kedvezményezett részére készpénzre nem váltható számlajóváírás formájában.

15.4.2.2. A Biztosítók a térítési összegeket a munkanélküliségi nyilvántartás vagy a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, de legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti.

15.4.2.3. Az újabb biztosítási eseményből adódó szolgáltatásra kizárólag abban az esetben van mód, ha a Biztosított a biztosítási eseményt megelőzően 6 hónapos folyamatos, a Munka Törvénykönyve szerinti határozatlan tartamú – legalább heti 30 óras – munkaviszonnyal rendelkezett.

15.4.2.4. A kockázatviselés tartama alatt a biztosítási események számától függetlenül maximum 12 hónap szolgáltatás vehető igénybe. Ezt követően a Biztosítók kockázatviselése megszűnik.

15.4.2.5. Várakozási idő: a Biztosítók a munkanélkülivé válás esetében a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha a Biztosított a várakozási idő alatt válik munkanélkülivé, a Biztosítók az ilyen munkanélküliség vonatkozásában sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

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

16.1. Balesetbiztosítási és számlavédelmi biztosításra vonatkozó rendelkezések:

16.1.1. A biztosítási eseményt a Biztosított, a Biztosított örököse, illetve az általuk meghatalmazott személy (továbbiakban együttesen: „Bejelentő”) köteles a biztosítási esemény bekövetkeztétől, akadályoztatás esetén az akadály megszűnésétől számított 15 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítóknak az alábbi címen:

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., illetve a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.

Élet kárrendezési és ügyviteli főosztály

Levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325;

E-mail cím: mvm@cig.eu.

16.2. A biztosítási esemény bejelentéssel kapcsolatosan tájékoztatás kérhető az alábbi telefonszámon: +36 1 501 9782.

16.3. A szolgáltatási igény 16.1. pont szerinti 15 napos igénybejelentési határidő után is bejelenthető legkésőbb az 5 éves elévülési idő lejártáig, azonban az érintett Biztosítók teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Biztosítók kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak (1) akár a késedelmes bejelentés miatt, (2) akár amiatt, mert a Bejelentő a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé.

16.3.1. A balesetbiztosítási és számlavédelmi szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosítók a következő dokumentumokat kérhetik:

- a Biztosítók által kiadott, kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő;
- TB rokkantság esetén az illetékes társadalombiztosítási szerv jogerős határozata;
- személyi igazolvány vagy más személyazonosításra alkalmas okmány, lakcímkártya másolata;
- kedvezményezetti jogosultságot bizonyító okirat (pl. hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány) másolata;
- a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (pl. a Biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy, tanúk nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, boncolási jegyzőkönyv másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szakértői vélemények másolatai);
- ittasság, illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat;
- a Biztosított érvényes vezetői engedélyének másolata, ha gépjármű vezetőjeként érte baleset;
- amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll);
- a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel, valamint a körelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. házi- vagy üzemorvosi, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, szövettani vizsgálati eredmények, ideértve a CT-, MRI- és röntgenfelvételek és azok vizsgálati eredményei is);
- balesetbiztosítási esemény esetén az első, akut orvosi ellátást igazoló dokumentáció;
- a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok, szakvélemény a rokkantsági csoportba sorolásról (a jogosult titoktartás alóli felmentéséhez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- a Biztosított halála esetén a halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati bizonyítvány, halál utáni orvosi jelentés, boncolási jegyzőkönyv, a Biztosított

halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata, korábbi orvosi dokumentáció;

- keresőképtelenséget igazoló orvosi iratok;
- idegen nyelvű dokumentáció esetén ezek magyar nyelvű hitelesített fordítása, melynek költsége a kárigény előterjesztőjét terheli; továbbá a biztosítási összeg kifizetéséhez szükség esetén be kell nyújtani
- az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentumot,
- a gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozatot,
- jogszabályi rendelkezés esetén a gyámhivatali engedélyt,
- a Szerződőtől a Biztosítottnak a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor tett Csatlakozási nyilatkozatát.

16.3.2. Munkanélküliség kockázat esetén a Biztosítók továbbá az alábbiakat kérhetik:

- a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló – igazolványának másolatát,
- a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
- a megszűnt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés fénymásolatát,
- a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát
- a munkáltató arra vonatkozó nyilatkozatát, hogy a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszüntetését a munkáltató kezdeményezte,
- a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól mely időpontig regisztrált álláskereső,
- valamint az álláskeresői járadék iránti kérelem másolatát, az álláskeresői járadékra való jogosultságot megállapító vagy elutasító határozat másolatát, a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát.
- A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását a Biztosítottnak havonta kell megküldenie a Biztosítók részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást abban a hónapban, de legkésőbb az azt követő hónap 15-éig kell eljuttatni, amelyben a Biztosított munkanélküli volt. Ha a Biztosított az előző bekezdésben foglaltakat nem igazolja, a Biztosítók a kötelezettségét teljesítettnek és a szolgáltatást befejezettnek tekintik. A Biztosítók visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, amennyiben a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosítók nem fizeti.

16.3.3. Keresőképtelenség kockázat esetén továbbá az alábbi dokumentumokat kérhetik a Biztosítók:

- baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
- az „Orvosi igazolás keresőképtelen állományról” elnevezésű nyomtatvány hiteles másolatát,
- minden olyan dokumentumot, igazolás másolatát, melyet a keresőképtelenség elbírálására, igazolására jogosult orvos vagy kórház állított ki, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapotok megnevezését,
- az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományban tartásról” elnevezésű nyomtatvány másolatát.
- Az igazolást a Biztosítottnak havonta kell megküldenie a Biztosítók részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást ab-ban a hónapban, de legkésőbb az azt követő hónap 15-éig kell eljuttatni, amelyben a Biztosított keresőképtelen volt. Ha a Biztosított a keresőképtelenséget a fentiek szerint nem igazolja, a Biztosítók a kötelezettségét teljesítettnek és a szolgáltatást befejezettnek tekintik. A Biztosítók az 2 éves elévülési időre tekintettel visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, amennyiben a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosítók nem fizeti.

16.3.4. A bemutatott dokumentumok mellett a Biztosítók orvosa további vizsgálatok elvégzését is kezdeményezheti. A Biztosítók által kezdeményezett orvosi vizsgálatok költsége a Biztosítókot terheli.

16.3.5. A listában szereplő, a Biztosítók által kért dokumentumok – a Szerződőtől való beszerzésre kerülő dokumentumok kivételével – beszerzése, a Biztosítók rendelkezésre bocsátása és a beszerzés költségei a Kedvezményezettet terhelik.

16.3.6. Abban az esetben, ha a Biztosítók által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosítók a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

16.3.7. A Biztosítók köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

16.3.7.1. kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként összecszerően megállapította, vagy

16.3.7.2. indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összecszerően nem állapította meg.

16.3.8. A Biztosítók a szolgáltatását egy összegben teljesíti az ahhoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül.

16.3.9. Huzamos kórházi tartózkodás vagy táppénzes állomány esetén a Biztosítók 30 naponként, folyamatosan teljesíthetnek szolgáltatást, amennyiben a 16.3.8 pontban foglalt feltételek teljesülnek.

16.3.10. Baleset-biztosítás szolgáltatás esetében a Biztosítók szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőeszközben, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik. Számlavédelmi szolgáltatás esetében a biztosítási összeget a Szerződő, mint kedvezményezett részére készpénzre nem váltható számlajóváírás formájában nyújtják a Biztosítók.

16.4. Valamennyi biztosítási fedezet esetében, amennyiben a Biztosítók szolgáltatásának nyújtásához a Biztosított egészségügyi adatainak, mint különleges adatoknak a kezelése szükséges, a Biztosítók szolgáltatása teljesítésének feltétele, hogy a Biztosított a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruljon. A Biztosított hozzájárulásának hiányában – amennyiben a különleges adatok kezelése a biztosítási szolgáltatás nyújtásának feltétele – nem teljesíthető biztosítási szolgáltatás azon esetekben, ahol különleges adatok szerepelnek. A különleges adatok kezeléséhez történő hozzájárulást a Biztosított az Adatkezelési nyilatkozat kitöltésével

és a Biztosítónak postai úton (levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325), személyesen (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) vagy e-mailben (mvm@cig.eu; szkennelt és fotózott másolat is megfelelő) köteles eljuttatni az első szolgáltatási igény bejelentése előtt. Amennyiben az első szolgáltatási igény bejelentése előtt a különleges adatok kezeléséhez hozzájáruló nyilatkozat megadására nem került sor, úgy a Biztosított az Ellátásszervezővel folytatott telefonbeszélgetés alapján, az Ellátásszervező által elektronikusan küldött online felületre is feltöltheti a különleges adatok kezeléséhez kifejezetten hozzájáruló nyilatkozatát. A hozzájáruló nyilatkozat hiányában a Biztosító és az Ellátásszervező szolgáltatást nem teljesít.

16.5. Egészségbiztosításra vonatkozó rendelkezések:

16.5.1. Egészségbiztosítási szolgáltatás esetében a Biztosítók az Ellátásszervezőn keresztül az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató számára térítik meg az igénybe vett ellátás költségét, utólagos térítésre (azaz a Biztosított által előfinanszírozott ellátás közvetlenül Biztosított számára számla ellenében történő megtérítésére) nincs lehetőség.

16.5.2. Ellátásszervezés:

16.5.2.1. Az orvosi ellátásra történő időpontfoglalás, illetve az orvosi ellátás megszervezése telefonon történik. A Biztosított (telefonon a +36 1 461 1598 számon) munkanapokon 8-20 óra között jelentheti be az ellátásra vonatkozó igényét az Ellátásszervezőnek. A telefonbeszélgetések rögzítésre kerülnek, így a későbbiekben visszakereshetők.

16.5.2.2. Egy Biztosítottra vonatkozó több egészségügyi ellátási igény egyidejű bejelentése esetén az Ellátásszervező az orvosilag indokolt sorrendben szervezi meg az ellátásokat.

16.5.2.3. A megszervezett ellátás helyszínéről, pontos időpontjáról az Ellátásszervező vagy telefonon, vagy e-mailben tájékoztatja a Biztosítottat.

16.5.2.4. Amennyiben az Ellátásszervező jelen Biztosítási Feltételek alapján a Biztosított nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra szóló ellátási igényét nem találja jogosnak, az igény elbírálásához szükséges információk tudomására jutását követően tájékoztatja a Biztosítottat.

16.6. Az egészségügyi ellátások megszervezése, azaz az ellátás időpontjának kiajánlása a 16.6.1.3. pontja szerinti határidőn belül esedékes azt követően, hogy minden, a kért ellátás megszervezéséhez szükséges adat és információ az Ellátásszervező rendelkezésére áll.

16.6.1.1. Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra már egyeztetett időpontot az egészségügyi ellátás időpontja előtt 3 munkanappal van lehetősége a Biztosítottnak módosítani vagy lemondani. Amennyiben ennek a kötelezettségének a megadott határidőn belül nem tesz eleget, vagy nem jelenik meg a szolgáltatónál az előre egyeztetett időpontban, abban az esetben úgy kell tekinteni, mint-ha a Biztosított a szolgáltatást igénybe vette volna. Így a szolgáltatás értéke a biztosítási időszakra vonatkozó éves szolgáltatási keretösszegeből (limitből) levonásra kerül. Amennyiben a lefoglalt időponthoz képest 3 munkanappal korábban megtörténik a lemondás a Biztosított maximum 2 alkalommal kérhet ismételt szervezést. Amennyiben a Biztosított biztosítási fedezete bármely okból megszűnik, és nem vette igénybe az általa igényelt és számára megszervezett ellátást, annak újraszervezésére a biztosítási fedezet megszűnését követően nem jogosult. Amennyiben a szervezési vagy újraszervezési igényt még a biztosítási időszakon belül adja le a Biztosított, és az Ellátásszervező megkezdte a szervezést, de az időpont foglalása előtt a biztosítás megszűnik, akkor a Biztosítók nem vállal kötelezettséget térítésre.

16.6.1.2. Az egészségügyi ellátás megszervezésének feltétele, hogy a Biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges (szak) orvosi javaslattal, ambuláns lappal, és beutalóval – amennyiben szükséges. Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok esetén a Biztosítók költségvállalásának feltétele, hogy a Biztosított rendelkezzen az ellátásához szükséges szakorvosi javaslattal, ambuláns lappal és beutalóval. Egyéb egészségügyi ellátás tekintetében a Biztosítók az ellátás költségét nem vállalják, az önköltségen vehető igénybe.

16.6.1.3. Az Ellátásszervező az egyes szakellátásokat az alábbi határidőben szervezi meg:

- **Járóbeteg-szakellátás Budapesten: 5 munkanapon belül, az alábbi szakmákban: belgyógyászat, szemészet, bőrgyógyászat, gasztroenterológia, nőgyógyászat, urológia, fül-orr- gégészet, kardiológia, általános sebészet, traumatológia, ortopédia, endokrinológia, tüdőgyógyászat, allergológia, reumatológia, diabetológia, neurológia, gyermekgyógyászat). Járóbeteg szakellátás minden egyéb szakágban Budapesten: 10 munkanapon belül**
- **Járóbeteg-szakellátás Budapesten kívül: 10 munkanapon belül az alábbi szakmákban: belgyógyászat, szemészet, bőrgyógyászat, gasztroenterológia, nőgyógyászat, urológia, fül-orr- gégészet, kardiológia, általános sebészet, ortopédia, reumatológia, neurológia, gyermekgyógyászat). Járóbeteg-szakellátás minden egyéb szakágban Budapesten kívül: 20 munkanapon belül**
- **Diagnosztikai vizsgálatok Budapesten: 10 munkanapon belül**
- **Diagnosztikai vizsgálatok Budapesten kívül: 20 munkanapon belül**
- **Egynapos sebészet Budapesten: 22 munkanapon belül**
- **Egynapos sebészet Budapesten kívül: 32 munkanapon belül**

16.6.2. 7/24 Orvosi call center szolgáltatás

16.6.2.1. A Biztosítottól érkező megkereséseket (telefonon a +36 1 461 1598 számon) a hét minden napján, napi 24 órában szak-képzett operátorok vagy orvosok fogadják, és tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:

- **betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdések,**
- **gyógyszerek összetétele, alkalmazhatósága, mellékhatásai, helyettesíthetősége, ára,**
- **orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletek elérhetősége,**
- **ügyeletes gyógyszerárak elérhetősége,**
- **egészségügyi intézmények elérhetősége.**

16.6.2.2. A telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozót és a Biztosított személyes vizsgálatát. Így a szolgáltatás keretében nyújtott információért, annak téves értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosítók, sem az Ellátásszervező nem vállal felelősséget.

17. A Biztosítók mentesülése

17.1. A Biztosítók mentesülnek a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha

17.1.1. bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta;

17.1.2. ha a Biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.

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

18. Kizárások

18.1. A Biztosítók nem viselik a kockázatot az alábbi esetekben:

18.1.1. öncsonkítással vagy annak kísérletével összefüggő események;

18.1.2. ha a Biztosított a baleset idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott (alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció);

18.1.3. kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási események;

18.1.4. ha az esemény a Biztosítottnak háborús cselekményekben valamelyik fél mellett történő aktív részvétele miatt következett be. Háborúnak minősül: háború (hadüzenettel vagy anélkül), határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légitámadás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény;

18.1.5. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő események, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indító okok biztosítási esemény;

18.1.6. a Biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következmények, ha indító okuk nem biztosítási esemény;

18.1.7. mentális és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező események, kivéve az üzemi balesetre, foglalkozási betegségre közvetlenül visszavezethető mentális és viselkedészavarokat;

18.1.8. kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozások és kórházi ápolás, valamint az orvosilag nem indokolt műtétek, kórházi ápolások és gyógyító eljárások;

18.1.9. ha az eseményt öngyógyítás okozta;

18.1.10. ha az esemény nem orvosi szakvégtettségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;

18.1.11. ha a Biztosított olyan időpontban fordult orvoshoz, hogy emiatt az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult;

18.1.12. a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő balesetek, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzemeltetője, és nem tartozik a személyzethez;

18.1.13. a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetek, ideértve a teszttúrákat és a rallyversenyeket is;

18.1.14. az országos és nemzetközi síugró, bob-, slobobversenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetek;

18.1.15. baleset, amely a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli vagy alkoholos állapotban (alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció) történt vasúti, légi, vízi, közúti járművezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;

18.1.16. az elsődlegesen betegségi ok miatt bekövetkező balesetek;

18.1.17. az eseményt előidéző betegség diagnosztizálása előtt, illetve az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészek, már meglévő egészségkárosodások (és az ezekkel közvetlenül összefüggésbe hozható események);

18.1.18. Biztosított versenyszerűen, díjazásért ügött sporttevékenysége, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e;

18.1.19. azon táppénzes esetek, amikor táppénzen való tartózkodásra közegészségi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat miatt kerül sor;

18.1.20. mandulaműtét és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozások;

18.1.21. azon beavatkozások esetében, melyeknél a sérülés ellátására ambuláns módon vagy egynapos sebészeti beavatkozás formájában kerül sor;

18.1.22. a Biztosított fogtörése és fogrepedése;

18.1.23. azon orvosi ellátások, melyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása;

18.1.24. azon vizsgálatok, beavatkozások, melyek igénybevétele nem az Ellátásszervezőn keresztül történt;

18.1.25. szűrővizsgálatok.

18.1.26. A Baleset-biztosítás fedezetébe tartozó kockázatok esetében továbbá a Biztosítók nem viselik a kockázatot;

18.1.26.1. baleseti rokkantság esetén a baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig;

18.1.26.2. baleseti műtėti térítés esetén, ha a műtėti térítési csoportokból kizárásra kerül azért, mert az adott elváltozás és a műtėti lelet a klasszikusan értelmezett baleset fogalmával bizonyítható módon ellentmond egymásnak. E körbe tartoznak elsősorban azok az elváltozások, melyek meglétére egy bekövetkezett baleseti esemény hívja fel a figyelmet. Régebbi sérülés területén bekövetkező, műtétet igénylő újabb olyan baleset, mely a csoportosításokban szerepel, az adott csoport 50%-áig téríthető.

18.1.26.3. a műtėti térítésből kizárt a [cig_pannonia_reszletes_muteti_lista_es_besorolas_who_kodokkal.pdf](#) oldalon található dokumentumban szereplő műtétek, melyek a Biztosítók Ügyfélszolgálatán is elérhetők.

18.1.27. A Számlavédelem biztosítás fedezetébe tartozó kockázatok esetében továbbá a Biztosítók nem viselik a kockázatot:

18.1.27.1. keresőképtelenség esetén az alábbiakra:

18.1.27.1.1. aszténiával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel,

18.1.27.1.2. pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel,

18.1.27.1.3. detoxikálással,

18.1.27.1.4. rehabilitációval, utógondozással,

18.1.27.1.5. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával vagy

18.1.27.1.6. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal, (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre, valamint

18.1.27.1.7. anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:

18.1.27.1.8. terhesség és szülés miatti keresőképtelenség,

18.1.27.1.9. gyermekápolási táppénz,

18.1.27.1.10. GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége,

18.1.27.1.11. művi terhességmegszakítás miatti keresőképtelenség, kivéve a nem szociális, hanem orvos által elrendelt, egészségügyi okú terhességmegszakítás,

18.1.27.1.12. spontán vetélés eseteivel kapcsolatos keresőképtelenség,

18.1.27.1.13. mesterséges megtermékenyítés, valamint a sterilizáció kezelésével kapcsolatos keresőképtelenség,

18.1.27.1.14. olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,

18.1.27.1.15. a keresőképtelenség időtartama alatt történt csatlakozás esetén arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt,

18.1.27.1.16. a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel vagy kóros állapottal, illetve a veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre, abban az esetben, ha arról a Biztosított tudomással bírt, vagy kellő körültekintés tanúsítása mellett tudomással bírhatott volna.

18.1.27.1.17. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosítók kockázatviselésének kezdetekor bármilyen jogcímen – kivéve az özvegyi nyugdíjat – nyugdíjas.

18.1.27.1.18. olyan Biztosított, aki a biztosítási esemény bekövetkezésekor próbaidő alatt állt.

18.1.27.2. munkanélküliség esetén az alábbiakra:

18.1.27.2.1. a nem munkaviszonyban álló Biztosítottakra (pl. egyéni vállalkozókra, megbízási jogviszony keretében foglalkoztatottakra vagy egyéb jogviszony alapján üzőtt kereső foglalkozásokra),

18.1.27.2.2. a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszűnésére, ha azt a Biztosított kezdeményezte,

18.1.27.2.3. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett rendes felmondása miatti megszűnésére,

18.1.27.2.4. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,

18.1.27.2.5. határozott tartamú munkaviszonyra,

18.1.27.2.6. olyan Biztosított, aki a biztosítási esemény bekövetkezésekor nem rendelkezett legalább heti 30 órára szóló határozatlan idejű munkaviszonnyal,

18.1.27.2.7. olyan Biztosított, aki a biztosítási esemény bekövetkezésekor rendelkezett legalább heti 30 órára szóló határozatlan idejű munkaviszonnyal, de az valamilyen oknál fogva - a táppénz eseteit kivéve - szünetelt,

18.1.27.2.8. munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,

18.1.27.2.9. munkáltató általi rendes felmondásra öregségi vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,

18.1.27.2.10. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,

18.1.27.2.11. arra a munkanélküliségi időszakra, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.

19. Egyéb rendelkezések

19.1. A Biztosítók a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli Csatlakozási nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon bejelentett panaszokat) csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.

19.2. A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.

19.3. A biztosítást értékesítő biztosításközvetítő a Csoportos Biztosítási Szerződéssel, a rendszeres díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosult.

1. számú melléklet: Kis műtétek

A műtétek WHO-kódok szerinti besorolásának részletes listája a Biztosítóknál tekinthető meg.

(1) Általános sebészet körében végzett beavatkozások

- Tükrözések diagnosztikus célból
 - Bőrön át történő mintavétel (percutan biopsia)
 - Műtétrel végzett, nem testüregekből történő mintavétel (biopsia)
 - Kisebb jóindulatú daganatok vagy cysták (ciszták) eltávolítása
 - Tályogfeltárások
 - Vérömlenyek kiürítése
 - A végbélen végzett fissurák műtete
 - Kisebb aranyeres csomók eltávolítása
 - Sipolyok kimetszése
 - Érfestési eljárások nem központi nagy ereken
 - Sebkimetszés
 - Ujjak egyszerű csonkolása plasztikai korrekció nélkül
 - Stomák zárása, korrekciója
 - Körömtávolítás fertőzés vagy traumás okból
 - Kőzúzás
 - Különböző perifériás idegkimetszések, bursectomia
 - Mélyebb II. fokú égések miatt történt kisebb műtéti beavatkozások és kötészváltások
- (2) Traumatológia és ortopéd sebészet körében végzett beavatkozások
- Törés miatti extensio
 - Osteosynthesis utáni fémanyag-eltávolítás
 - Törések percutan dróttűzése
 - Exostosisok, panaszokat okozó kisebb csontvégek levésése
 - Nyílt törés ellátása – csonton végzett beavatkozás nélkül (elsősorban lágyrész)
 - Ízületi tok megnyitása, csővezése
 - Kisízületek elmerovítése csavarozással, tűzéssel
 - Kisízület krónikus gyulladása vagy egyéb krónikus elváltozása miatti feltárása
 - Tendolysis kézen
 - Sajkacsonttörés műtéti kezelése
 - Mellkas becsővezése
 - Heveny módon bekövetkezett, diagnosztikus adatokkal igazolt és kórismézett ízületi szalagszakadások, ínsérülések, mely elváltozások gyógyítási érdekében nyílt, feltárással járó műtét végzésére kerül sor
 - Azok a csont törésével járó esetek, ahol a csont egyesítése feltárás nélkül dróttűzés formájában történik meg
 - A kéz és láb ujjai, ujjai hosszának felét nem meghaladó csonkolások
- (3) Hasi sebészet körében végzett beavatkozások
- Laparoscopia, esetleg kisebb beavatkozásokkal kombinálva
 - Nyelőcsővérzés nem radikális ellátása
 - Polypus endoszkópos eltávolítása gyomor, nyombél, vékonybél területén (1 cm nagyságig, szövődmenytől mentesen)
 - Végbél körüli feltárás
 - Egyes szervek sclerotizációja kémiai anyagokkal
- (4) Urológiai sebészet körében végzett beavatkozások
- Nephrostomiás drain, illetve annak cseréje
 - Ureter katéter felvezetése és az ezzel kapcsolatos beavatkozások
 - Prosztátán alkalmazott, nem radikális beavatkozások
 - Scrotumon, penisen nem a merevedést vagy a vizelet elfolyását befolyásoló beavatkozások
 - Here- és hólyagbiopsia
 - Katéterezés vizeletelakadás miatt és hólyag szűrcsapolása
- (5) Orr-fül-gégészet körében végzett beavatkozások
- Garat kisebb műtétei (pl. biopsia)
 - Légcső sürgős megnyitására használt egyszerű beavatkozások
 - Külső fül nagy csonkolással járó sérüléseinek ellátása
 - Külső fül indokolt rekonstrukciós beavatkozásai
 - Dobhártya akut műtétei
 - Orrsövény műtétei
- (6) Szemészet körében végzett beavatkozások
- A szem nem törő közegein történő olyan beavatkozások, melyek esetleges szövődmenye a látást nem befolyásolja
 - Idegentest eltávolítása szemgolyóból (nem áthatoló, nem a törő közeget érinti)
- (7) Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások
- Pericardiocentesis
 - Nagy erek részleges eltávolítása, sérülésük ellátása
 - Verőér-visszér anastomosisok
 - Egyszerű varicectomiák
 - Pacemaker-elektroda-igazítás, telepcsere

- Felületes nyirokérrendszer részleges eltávolítása
- (8) Nőgyógyászat körében végzett beavatkozások
- Méhnyak, illetve méhszáj nem tumoros elváltozásai miatt végzett beavatkozások
 - Méh nem daganatos betegségeinek, illetve méheltávolítást nem igénylő betegségek (terhesség, illetve annak komplikációi kizárva) műtétei
 - Hüvely jóindulatú elváltozásainak műtétei
 - Gát és a külső nemi szervek jóindulatú elváltozásainak műtétei
- (9) Idegsebészet körében végzett beavatkozások
- Különböző nagyobb idegek eltávolítása vagy felszabadítása a lenövésektől
 - Különböző nagyobb idegek jóindulatú daganatainak ellátása műtéttel
 - Különböző típusú idegvarratok
- (10) Szájsebészet körében végzett beavatkozások
- Nyelv, nyálmirigyek, szájüreg kisebb műtétei
- (11) Onkológiai beavatkozások
- Sugárzó anyagok szövetbe, érbe vagy testüregekbe juttatása

2. számú melléklet: Közepes műtétek

A műtétek WHO-kódok szerinti besorolásának részletes listája a Biztosítóknál tekinthető meg.

- (1) A központi és a környéki idegrendszeren végzett beavatkozások
- Agy egyes részeinek besugárzása, illetve sugárzó anyagok célzott bejuttatása
 - Koponyacsontok, agyhártyák megnyitása terápiás célból
 - Kóros agyi folyadékok leszívása, illetve tartós levezetése feltárással
 - Koponyacsontok, agyhártyák pótlása
 - Koponyacsontok, agyhártyák daganatainak eltávolítása
 - Gerincvelői ideggyök átmetése
 - Kemény, illetve lágy gerincvelői hártyákon végzett műtétek
 - Gasser-dúc műtétei
 - Idegvarratok különböző formái, idegek áthelyezése
 - Idegágak felszabadítása külső nyomás alól
 - Idegág vagy idegdúc roncsolása
 - Gerincsérv műtétei
- (2) Belső elválasztású mirigyeken végzett beavatkozások
- Pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese részleges eltávolítása
- (3) Szemészeti műtétek
- Könnycsatornán végzett műtétek
 - Szemhéjon végzett műtétek (kivételek: kisebb képletek eltávolítása)
 - Szemmozgató izmokon végzett műtétek
 - Kötőhártyán végzett műtétek (kivételek: kisebb képletek eltávolítása)
 - Ínhártyán végzett műtétek (kivételek: kisebb képletek eltávolítása)
 - Szemlencsén végzett műtétek
 - Üvegtesten végzett műtétek
- (4) Orr-fül-gége gyógyászat területén végzett műtétek
- Fülkagylóképzés
 - Külső hallójárat eltávolítása a fülkagylóval, illetve ennek helyreállítása
 - Kalapács felszabadítása, eltávolítása
 - Dobhártyaplasztika
 - Csecsnyúlvány kóros sejtrendszerének eltávolítása
 - Közép- és belsőfül együttes megnyitása
 - Krónikus középfülgyulladás szanálására végzett radikális műtétek
 - Egyensúly-érzékelő szerv eltávolítása
 - Orr részleges vagy teljes eltávolítása, illetve korrekciója
 - Orrjárat elzáródása miatt végzett műtétek
 - Orrmelléküregek tartós feltárása, illetve részleges vagy teljes szanálása
 - Garat plasztikai és tágtó műtétei
 - Légcsőmetszés, illetve ennek zárása
 - Hangréstágtó műtétek
 - Külső gégefeltárások, illetve a gégén végzett műtétek
 - Légcsőtágtás, fixálás
- (5) Mellkassebészeti műtétek
- Tüdőcsúcs-eltávolítás
 - Tüdőmegnyitás, -elvarrás
 - Tüdőüreg kiürítése, zárása

- Rekeszideg átvágása
- Tüdőlevélasztás, összenövések oldása
- Mellkas megnyitása
- Mellüregi kóros tartalom kiürítése
- Gátor megnyitása, tükrözése
- Mellkasfal részleges eltávolítása
- Mellkasfal feltárása
- Mellhártya részleges eltávolítása
- Mellhártya rekonstrukciója
- Műtétek a rekeszizmon (kivétel: helyreállítás)

(6) Ér- és szívsebészet körében végzett műtéti beavatkozások

- Szívkatéterezés
- Szívburkok megnyitása, folyadék eltávolítása
- Szívritmus-szabályozó beültetése, illetve cseréje
- Szívkoszorúérágak közti kóros összeköttetések megszüntetése
- Nyitott szívmasszázs
- Központi nagy ereken végzett diagnosztikus és terápiás eljárások (érfestések; gyógyszeres, diagnosztikus és műtéti eljárások az ér feltárása nélkül)
- Végtagi verőerekben elakadt vérrög eltávolítása
- Közepesen nagy verőerekben kialakult helyi rögösödés eltávolítása
- Végtagi verőerek kóros szakaszának kimetszése, illetve annak helyreállításai
- Alsó végtag tágult visszereinek komplex műtétei
- Végtagok verőereinek elzáródását megkerülő műtétek
- Közepes és nagy erek sebészeti elzárása
- Érvarratok, foltplasztikák
- Ascites levezetése a visszeres rendszer felé művi összeköttetés révén
- Nyirokereken végzett műtétek

(7) Általános sebészet körében végzett műtétek

- Tükrözések terápiás beavatkozással együtt
- Egyes testrészekben történő műtét közbeni mintavétel (biopsia)
- Lépen végzett műtétek (kivétel: eltávolítás)
- Nyelőcső nyaki szakaszán, gyomor-bélrendszer elemein végzett megnyitások
- Nyelőcsőszűkület tágítása, áthidalása
- Nyelőcsőtágult visszereinek szklerotizációja
- Gyomor-bélrendszer megnyitásainak elvárási (kivétel: végbél)
- Nyelőcsövön, a gyomor-bélrendszeren végzett átmeneti vagy végleges szájadék képzése
- Nyelőcső, gyomor-bélrendszer kisebb elváltozásainak kimetszése műtéti feltárással
- Bolygóideg főtörzsének mellkasi vagy hasi átmetszése
- Vékonybél megkerülő összeköttetése
- Béltraktus betüremkedéseinek, illetve megcsavarodásainak megszüntetése
- Összenövések oldása a hasüregben
- Vakbélgyulladás miatt végzett műtétek
- Máj, májtályog megnyitása
- Epehólyagon végzett műtétek
- Közös epevezető megnyitása
- Tükrözés diagnosztikus vagy terápiás céllal a közös epevezetőn, illetve a hasnyálmirigy-vezetéken
- Hasnyálmirigycysta összekötése a hasfallal, illetve a gyomor-bélrendszerrel
- Hasfali, hasüregi, lágyék- és combsérvek műtétei
- Hasfal megnyitása (diagnosztikus vagy terápiás céllal)
- Hasüregi szervek rögzítése
- Hashártya, nagycseplesz rezekciója

(8) Urológiai beavatkozások

- Vese, vesemedence, húgyvezeték bemetszései, szájadék képzései, illetve kóros elváltozásainak megnyitása
- Vese rögzítése, percutan vesetükrözés, köeltávolítás, illetve egyéb műtétek
- Húgyvezeték egyes részeinek részleges eltávolítása, az eltávolított rész helyreállítása
- Húgyvezeték felszabadítása
- Húgyhólyagsipolyok zárása

- Húgycsővön keresztül végzett húgyhólyagműtétek
- Húgyhólyag elvarrása
- Húgycső megnyitása, csonkolása, húgycsőcsonkok egyesítése
- Húgycsőplasztikák, újraképzések
- Húgycsőszűkületek műtétei
- Prosztata húgycsővön keresztül végzett műtétei
- Herevízsér, herevízsérű műtétei (hydrocele, varicocele műtétek)
- Here, mellékhere egyéb műtétei
- Ondóvezeték műtétei
- Hímvesztő műtétei (kivétel: plasztika)

(9) Nőgyógyászati jellegű műtétek

- Petefészek műtétei
- Petevezető műtétei (kivétel: plasztikák)
- Méh megnyitása, rögzítése, jóindulatú daganatainak eltávolítása
- Egyszerű méheltávolítás
- Hüvelyplasztikák
- Hüvelysipoly kiirtása
- Hüvelycsonk rögzítése
- Szeméremtest kiirtása
- Szeméremtest és gát plasztikája

(10) Traumatológiai és ortopéd sebészet körében végzett beavatkozások

- Törések műtéti egyesítése
 - Arcponya csontjainak részleges eltávolítása, illetve plasztikája
 - Nyaki borda eltávolítása
 - I. borda eltávolítása
 - Elhalt csont rész eltávolítása
 - Osteotomiák
 - Ízületek tükrözése diagnosztikus és terápiás céllal
 - Ízületi savós hártva eltávolítása
 - Csontdaganatok nem radikális eltávolítása (kisízületek kivételével)
 - Csontvégek eltávolítása
 - Kisebb csontok teljes eltávolítása
 - Végtaghosszabbítás és -korrekció
 - Végtagrövidítés
 - Gerincoszlop különböző típusú elmozdítása
 - Protéziseltávolítás (kivétel: térd, csípő, váll, könyök)
 - Ízületi plasztikák (kivétel: térd-, csípő-, váll-, könyökprotézis)
 - Csontvégek rövidítések
 - Ínhüvelyplasztikák
 - Dupuytren-kontrakció műtéte
 - Ínrekonstrukciós műtétek
 - Baker-cysta műtéte
 - Lágyrészesedések, daganatok kiirtása
 - Izomkiirtás, -felszabadítás, -átültetés
 - Bőnyelplasztika, -átültetés
 - Láb amputációi, ismételt amputációi, másodlagos csonkzáras, csonkkorrekció
 - Nagy csőves csontok zárt ízületbe hatoló és ízületen kívüli töréseinek helyreállítása és stabilizációja céljából végzett, nyílt feltárással járó műtétek különböző formái (váll-, könyök-, csukló-, csípő-, térd-, bokaízületek, felkar, alkar, comb, lábszár csontjai); e körbe tartozik az a műtéti megoldás, amikor a jelölt cél elérésének érdekében külső rögzítő műtéti behelyezésére kerül sor.
 - Csonttöréssel nem járó, kiterjedt roncsolással járó lágyrészsérülések, melyeknek gyógyítása műtéti sorozatot, bőr-pótló eljárások alkalmazását indokolják
 - Kéz és láb ujj(ak) egész hosszát érintő csonkolások
 - II–III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 10–25%-át éri a károsodás
 - Több ín vagy izom károsodása miatt végzett műtéti megoldások
- (11) Olyan plasztikai és korrekciós műtétek, melyek betegségek következményeinek helyrehozatalára szolgálnak
- Emlőn végzett, plasztikai jellegű beavatkozások
 - Bőrön végzett plasztikák
 - Lebenyplasztikák

3. számú melléklet: Nagy műtétek

A műtétek WHO-kódok szerinti besorolásának részletes listája a Biztosítóknál tekinthető meg.

(1) Központi és környéki idegrendszeren végzett beavatkozások

- Agyban lévő vérömlenyek, tályogok, daganatok, cysták eltávolítása

- Egyes agyrészek összeköttetéseinek átvágása
- Kisebb agyterületek kimetszése
- Agylebenyek eltávolítása
- Egyik oldali agyfélteke eltávolítása
- Kórosan fokozott agyvíztermelés tartós levezetése
- Gerincvelői fokozott nyomás tehermentesítése annak feltárással
- Gerincvelőben kialakult cysta (ciszta) kezelése
- Gerincvelői daganatok eltávolítása
- Kórosan fokozottan termelődő gerincvelői folyadék átmeneti vagy tartós elvezetése
- Szimpatikus határköteg nyaki, illetve háti szakaszának műtétei

(2) Belső elválasztású mirigyeken történő műtétek

- Pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese teljes eltávolítása
- Agyfüggelék vagy annak daganatainak eltávolítása
- Csecsemőmirigy eltávolítása vagy átültetése
- Belső elválasztású mirigy átültetése saját szervezetbe

(3) Szemészeti műtétek

- Retinaleválás műtétei
- Szemgolyó-eltávolítás, szemgödör-kiürítés
- Szemüreg plasztikája vagy újraképzése

(4) Orr-fül-gége gyógyászat területén végzett műtétek

- Csigabeültetés
- Belső hallójárat feltárása a koponyaüreg felől
- Csonkolás kóros elváltozás miatt a közép-, illetve belsőfülben, vagy azok kiirtása
- Nyelvmandula összefüggő daganatainak radikális műtéte
- Teljes fültőmirigy-kiirtás az arcidegek megkímélésével
- Kiterjesztett, illetve teljes gégecsonkolás

(5) Mellkas-sebészeti műtétek

- Légcső feltárása diagnosztikus célból
- Légcső csonkolása, újraegyesítése, helyreállítása
- Művi gégeképzés
- Hörgők lekötése, csonkolása, helyreállítása
- Tüdőlebens, illetve lebenyek eltávolítása
- Fél tüdő eltávolítása
- Mellkasplasztika
- Hörgősipoly zárása
- Rekeszizomsérv műtéte

(6) Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások

- Műtétek a szívbillentyűkön
- Műbillentyű beültetése
- Műtétek a fő ütőéren (aorta)
- Műtétek a szívüregeket elválasztó sövényeken
- Műtétek a tüdő fő ütőerén
- Vérrög eltávolítása valamelyik szívüregből
- Vérrög eltávolítása a koszorúerekből
- Megkerülő összeköttetés (by-pass) a koszorúereken
- Koszorúér-szűkület tágítása
- Koszorúér-megnyitás
- Szívburok részleges vagy teljes eltávolítása
- Daganat eltávolítása a szívből
- Szívizom tágulatának (aneurysma) csonkolása
- Szívátültetés
- Vérrög eltávolítása a nyak, törzs, has régió központi verőereiből
- Nyak, törzs, has régió központi verőereinek plasztikája
- Megkerülő összeköttetések (by-pass) műtétek a nagy ereken
- Porto-cavalis összeköttetések
- Agyi verőér tágulatának lekötése, klippelése
- Érplasztikák szűkület miatt, feltárással nélkül

(7) Általános sebészet körében végzett műtétek

- Csontvelő-átültetés
- Lépeeltávolítás
- Nyelőcső mellkasi, illetve hasi szakaszának megnyitása, elvarrása
- Nyelőcső kitéremkedéseinek (diverticulum) ellátása

- Nyelőcső részleges, illetve teljes kiirtása, a folyamatosság helyreállítása
- Nyelőcső teljes kiirtása részleges gyomorcsonkolással
- Nyelőcső-gyomor átmenet plasztikai műtétei
- Nyelőcsővísszér lekötése
- Gyomor rezekciója (teljes vagy részleges)
- Bolygóideg ágainak átvágása
- Vékonybél-, vastagbél-rezekció
- Nyelőcsővön, illetve a béltraktuson képzett szájadékok zárása
- Végbél részleges vagy teljes kiirtása
- Végbél záróizomzatának helyreállítása
- Máj részleges csonkolásai
- Májátültetés
- Májvarrat, rekonstrukció
- Máj és a bélrendszer között képzett összeköttetések
- Közös epevezető varrata
- Kehr-cső behelyezése a közös epevezetőbe vagy a májvezetékbe
- Közös epevezető, illetve a májvezeték helyreállítása
- Oddi-záróizom plasztikája
- Vater-papilla eltávolítása
- Hasnyálmirigy műtétei
- Rekeszsérv miatt végzett rekonstrukciók
- Radikális mellműtétek

(8) Urológiai beavatkozások

- Vese csonkolása
- Egy-, illetve kétoldali veseeltávolítás
- Veseátültetés
- Patkóvese szétválasztása
- Húgyvezeték és a béltraktus közötti összeköttetés létesítése
- Húgyvezeték pótlása, húgyvezeték-plasztika
- Húgyhólyagképzés, -plasztika
- Húgyhólyagsipoly zárása
- Húgyhólyagon keresztül történő prosztataműtét
- Hímveszőplasztika

(9) Nőgyógyászati jellegű műtétek

- Méhkürtplasztikák
- Radikális méheltávolítás
- Hüvelyképzés

(10) Traumatológiai és ortopéd sebészet körében végzett beavatkozások

- Felső állcsont eltávolítása
- Borda eltávolítása a szimpatikus határköteg háti szakaszának kiirtásával
- Csontdaganatok radikális műtétei
- Térd-, csípő-, váll-, könyökprotézisek beültetése
- Csípőprotézis eltávolítása, illetve cseréje
- Csípőficam miatt végzett műtétek
- Hüvelykujj-rekonstrukció, illetve -képzés
- Alsó végtag amputációja lábtőtől proximálisan (bokaízülettől)
- Felső végtag amputációja kéztőtől proximálisan (csuklóízülettől)
- Ismételt amputáció
- Közepes műtéti csoportba sorolt törések nyílt formái
- Azon végtagsérülések, ahol a roncsolás mértéke miatt csonkolás válik szükségessé (ujjak kivételével)
- Végtagok nagy ér- és idegsérülései (csuklóízülettől felső ugróízülettől centrálisan)
- Az emberi szervezet zárt üregrendszerének műtéti feltárása az azokon belül elhelyezkedő anatómiai képletek sérülése miatt (koponya, nyak, mellkas, has, medence, gerincoszlop)
- II–III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 26–50%-át éri károsodás
- Az érzékszervek sérülései miatt végzett műtét, ha a baleset által determináltan az adott szerv funkciója 50%-ot meghaladóan károsodik.

4. számú melléklet: Kiemelt műtétek

A műtétek WHO-kódok szerinti besorolásának részletes listája a Biztosítóknál tekinthető meg.

(1) Traumatológiai és ortopéd sebészet körében végzett beavatkozások

- Azok az életveszélyes többszörös sérülések – polytraumatizáció –, kombinált sérülések, ahol műtetre, műtéti sorozat-ra, intenzív terápiás kezelésre, gépi lélegeztetésre van szükség, és a baleset gyógyításának részeként feltárással járó műtét(ek) elvégzésére kerül sor.
- II–III. fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 50%-át meghaladja a károsodás.
- Látással és hallással kapcsolatban azok a műtéti beavatkozások, amikor a sérülés jellegéből adódóan a jelölt érzék-szervek teljes körű kiesése következik be.

5. számú melléklet: Az egyes biztosítási csomagok tartalma és a biztosítási díjak

1. Családi biztosítási csomagok

Csomagnév	Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás Start	Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás Extra	Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás és számlavédelem Kombinált Extra (áramszolgáltatáshoz kapcsolódóan)
Havi biztosítási díj (Ft)	1590	890	1390
Biztosítási esemény	Szolgáltatás összege (Ft)	Szolgáltatás összege (Ft)	Szolgáltatás összege (Ft)
Baleseti halál	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Baleseti rokkantság 1-100%	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Baleseti műtéti térítés*	150 000	150 000	150 000
Baleseti kórházi napi térítés 1. naptól	5 000	5 000	5 000
Baleseti égési sérülés*	100 000	100 000	100 000
Baleseti csonttörés	70 000	40 000	40 000
Baleseti költségtérítés	40 000	40 000	40 000
Baleseti rehabilitációs támogatás	500 000	-	-
Közlekedési baleseti halál a biztosított vagy házastársa/élettársa halála esetén	10 000 000	-	-
Közlekedési baleseti halál a biztosított és házastársa/élettársa ugyanazon balesetből eredő halála esetén	Biztosítottanként 15 000 000, azaz összesen 30 000 000	-	-
Kullancscsípés okozta Lyme-kór/agyhártyagyulladás/ agyvelőgyulladás	40 000	-	-
Kullancscsípés okozta Lyme-kór/agyhártyagyulladás/ agyvelőgyulladás miatti halál	1 000 000	-	-
Gyermek csomag - Speciális balesetek (szúrt, vágott sérülés, áramütés)	-	-	-
Gyermek csomag - Kutyaharapás	-	-	-
Gyermek csomag - Anafilaxiás sokk (rovarcsípés okozta)	-	-	-
Keresőképtelenség**	-	-	havi 10 000
Munkanélküliség**	-	-	havi 10 000
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok (biztosítási évre vonatkozó limit/fő)	-	-	-
7/24 orvosi call center és ellátásszervezés	-	-	-

Csomagnév	Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás Plus	Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás és számlavédelem Max	Otthon Gondoskodás családi baleset- és egészségbiztosítás Fitt családi
Havi biztosítási díj (Ft)	2190	2990	5790
Biztosítási esemény	Szolgáltatás összege (Ft)	Szolgáltatás összege (Ft)	Szolgáltatás összege (Ft)
Baleseti halál	3 000 000	3 000 000	3 000 000
Baleseti rokkantság 1-100%	3 000 000	3 000 000	3 000 000
Baleseti műtéti térítés*	200 000	200 000	200 000
Baleseti kórházi napi térítés 1. naptól	7 500	7 500	7 500
Baleseti égési sérülés*	200 000	200 000	200 000
Baleseti csonttörés	100 000	100 000	100 000
Baleseti költségtérítés	40 000	40 000	40 000
Baleseti rehabilitációs támogatás	750 000	750 000	750 000
Közlekedési baleseti halál a biztosított vagy házastársa/élettársa halála esetén	10 000 000	10 000 000	10 000 000
Közlekedési baleseti halál a biztosított és házastársa/élettársa ugyanazon balesetből eredő halála esetén	Biztosítottanként 15 000 000, azaz összesen 30 000 000	Biztosítottanként 15 000 000, azaz összesen 30 000 000	Biztosítottanként 15 000 000, azaz összesen 30 000 000
Kullancscsípés okozta Lyme-kór/agyhártyagyulladás/ agyvelőgyulladás	40 000	40 000	40 000
Kullancscsípés okozta Lyme-kór/agyhártyagyulladás/ agyvelőgyulladás miatti halál	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Gyermek csomag - Speciális balesetek (szúrt, vágott sérülés, áramütés)	50 000	50 000	50 000
Gyermek csomag - Kutyaharapás	50 000	50 000	50 000
Gyermek csomag - Anafilaxiás sokk (rovarcsípés okozta)	50 000	50 000	50 000
Keresőképtelenség**	-	havi 40000	-
Munkanélküliség**	-	havi 40000	-
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok (biztosítási évre vonatkozó limit/fő)	-	-	250 000
7/24 orvosi call center és ellátásszervezés	-	-	✓

** Az Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás és számlavédelem Max és Otthon Gondoskodás családi baleset-biztosítás és számlavédelem Kombinált Extra csomag választása esetén a számlavédelmi biztosítás körébe tartozó keresőképtelenség és munkanélküliség biztosítási eseményre vonatkozóan a kockázatot a Biztosítók kizárólag a Szerződő ügyfelére viselik.

2. Egyéni biztosítási csomagok

Csomagnév	Otthon Gondoskodás Baleset-biztosítás Start egyéni	Otthon Gondoskodás egyéni baleset-biztosítás	Otthon Gondoskodás baleset- és egészségbiztosítás Fitt egyéni
Havi biztosítási díj (Ft)	1390	590	3390
Biztosítási esemény	Szolgáltatás összege (Ft)	Szolgáltatás összege (Ft)	Szolgáltatás összege (Ft)
Baleseti halál	3 000 000	2 000 000	3 000 000
Baleseti rokkantság 1-100%	3 000 000	2 000 000	3 000 000
Baleseti műtéti térítés*	200 000	150 000	200 000
Baleseti kórházi napi térítés 1. naptól	7 500	5 000	7 500
Baleseti égési sérülés*	200 000	100 000	200 000
Baleseti csonttörés	100 000	40 000	100 000

Baleseti költségtérítés	40 000	40 000	40 000
Baleseti rehabilitációs támogatás	750 000	-	750 000
Közlekedési baleseti halál a biztosított halála esetén	10 000 000	-	10 000 000
Kullancscsípés okozta Lyme-kór/agyhártyagyulladás/ agyvelőgyulladás	40 000	-	40 000
Kullancscsípés okozta Lyme-kór/agyhártyagyulladás/ agyvelőgyulladás miatti halál	1 000 000	-	1 000 000
Gyermek csomag - Speciális balesetek (szúrt, vágott sérülés, áramütés)	-	-	-
Gyermek csomag - Kutyaharapás	-	-	-
Gyermek csomag - Anafilaxiás sokk (rovarcsípés okozta)	-	-	-
Keresőképtelenség	-	-	-
Munkanélküliség	-	-	-
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok (biztosítási évre vonatkozó limit/fő)	-	-	250 000
7/24 orvosi call center és ellátásszervezés	-	-	✓

*A szolgáltatás összege a fenti táblázatokban szereplő összegeknek a műtét kategóriájától, illetve az égési sérülés fokától és kiterjedésétől függő százaléka.

6. számú melléklet

Rokkantsági fok megállapítása

Testrész károsodása	Rokkantság foka
Mindkét felkar elvesztése	100%
Mindkét comb elvesztése	100%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
Egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag combközép fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag lábszár közepéig való, vagy egyik lábfej teljes elvesztése vagy működésképtelensége	50%
Egyik lábfej boka szintjében való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Hüvelykujj (kézen) teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
Mutatóujj (kézen) teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Egyéb kézujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Beszélőképesség teljes elvesztése	60%
Szaglóérzők teljes elvesztése	10%
Ízlelőképesség teljes elvesztése	5%