



CIG

PANNÓNIA BIZTOSÍTÓK

PadTárs

Tanulóbiztosítás

Általános Szerződési Feltételei

Hatályos: 2026. június 19.

TARTALOMJEGYZÉK

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK	2
2. FOGALMAK	2
3. SZERZŐDÉS ALANYAI	4
4. TERÜLETI HATÁLY	5
5. SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS HATÁLYBA LÉPÉSE	5
6. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS TARTAMA, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE	5
7. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA, A BIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT JELENTŐS NÖVEKEDÉSE	6
8. BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŪNÉSE	6
9. BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS MEGSZŪNÉSE	6
10. FELEK KÖTELEZETTSÉGEI.....	7
11. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSÉHEZ SZÜKSÉGES IRATOK	9
12. KOCKÁZATKIZÁRÁSOK.....	11
13. MENTESÜLÉS A SZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG ALÓL	13
14. ELÉVÜLÉS	13
15. VÁRAKOZÁSI IDŐ	14
16. EGYÉB RENDELKEZÉSEK.....	14

PADTÁRS TANULÓBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI

1. Általános rendelkezések

a) Jelen Padtárs Tanulóbiztosítás Általános Szerződési Feltételei azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a **CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: „Biztosító”)** Padtárs tanulóbiztosítás (baleset- és utasbiztosítási fedezeteket is tartalmazó) szerződéseire (továbbiakban: „biztosítás”) kell alkalmazni, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

b) A szerződés nyelve magyar.

c) A biztosítási szerződésekre vonatkozó Különös Feltételek, eltérő rendelkezéseket tartalmazhatnak. Az Padtárs Tanulóbiztosítás Általános Szerződési Feltételek és Különös Feltételek együtt értelmezendők, az azoktól történő bármintemű – a jogszabályok által lehetővé tett – eltérés kizárólag a Szerződő és a Biztosító egyedi, írásba foglalt megállapodása alapján lehetséges.

d) A biztosítási szerződés az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – részekből áll, melyek együttesen képezik a biztosítási szerződés feltételeit:

1. az ajánlat és annak valamennyi melléklete,
2. fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: „kötvény”),
3. Padtárs Tanulóbiztosítás Általános Szerződési Feltételek (a továbbiakban: „Padtárs Tanulóbiztosítás Általános Szerződési Feltételek”),
4. és Különös Feltételek (a továbbiakban: „Különös Feltételek”),
5. Általános Ügyfél-tájékoztató, melyek az Adatkezelési tájékoztatót is tartalmazzák (továbbiakban: „Általános Ügyfél-tájékoztató”)
6. a Felek közötti írásbeli megállapodások.

(továbbiakban együttesen: „biztosítási szerződés”).

e) A Padtárs Tanulóbiztosítás Általános Szerződési Feltételek és a Különös Biztosítási Feltételek, a Felek írásbeli megállapodásai ellentmondása esetén a rendelkezések értelmezési sorrendje a következő: 1. a Felek írásbeli megállapodása, 2. Különös Feltételek; 3. Padtárs Tanulóbiztosítás Általános Szerződési Feltételek.

f) A Biztosító jelen biztosítási terméket tanácsadás nélkül értékesíti.

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

h) 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 Ügyfél-tájékoztató által nem tartalmazott – rendelkezések **félkövér** betűvel szedettek. A félkövér betűvel szedett rendelkezések, valamint az Ügyfél-tájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.

2. Fogalmak

a) **Baleset:** az emberi szervezetet ért, a Biztosított akaratától függetlenül, egyszeri, és hirtelen bekövetkező külső behatás (mechanikai, elektromos vagy vegyi), amely olyan sérülést, mérgezést vagy más testi károsodást eredményez, amely azonnali klinikai, anatómiai és funkcionális károsodással jár, valamint akut (3 napon belüli) szakorvosi ellátást tesz szükségessé. A kialakult sérülés (károsodás) a balesettel közvetlen oksági összefüggésben van, és egy éven belül halált, átmeneti vagy állandósult testi egészségkárosodást hoz létre. 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. Ez alól kivételt képez, ha ebből adódóan csonttörés, csontrepedés következik be.

b) **Balesetbiztosítási fedezetek:** a Különös Feltételek 3.) pontjában részletezett biztosítási események.

c) **Bit.:** 2014. évi LXXXVIII. törvény a biztosítási tevékenységről.

d) **Biztosítási díj:** a Biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke, amely megfizetésére a Szerződő köteles.

e) **Biztosítási időszak: a díjfizetés gyakoriságával megegyező időszak.**

f) **Biztosítási évforduló:** minden évnek a kockázatviselés kezdete napjával megegyező napja. Ha egy évben nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.

- g) **Biztosító közreműködői:** a Biztosítóval munkaviszonyban álló, részére közvetlenül értékesítési tevékenységet végző, biztosításközvetítőnek nem minősülő természetes személyek.
- h) **Biztosított belépési és aktuális kora:** a belépési kor az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetének éve és a Biztosított születési évének különbsége. A Biztosított életkora a szerződésbe való belépéskor 6 és 17 év között lehet. A Biztosított aktuális kora a belépési korból számítható: minden biztosítási évfordulón eggyel nő.
- i) **Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az erre jogosult magyar szerv vagy hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- j) **Független Biztosításközvetítő (alkusz):** az ügyfél megbízásából eljáró független biztosításközvetítő.
- k) **Függő biztosításközvetítő:** az a biztosításközvetítő, aki Biztosítóval fennálló jogviszony alapján
- ▶ egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: ügynök),
 - ▶ egyidejűleg több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: többes ügynök).
- l) **Iskolai hiányzás:** iskolai tanítási órákról és egyéb kötelező iskolai foglalkozásokról való távolmaradás, mely mulasztás orvos által kiállított igazolással alátámasztott. Az orvos által kiállított, mulasztás igazolására alkalmas dokumentumnak a bekövetkezett távollét pontos időtartamát is tartalmaznia kell.
- m) **Kórház:** az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és felügyelet alatt állnak. Jelen feltételek alapján nem minősülnek kórháznak – még akkor sem, ha azok kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézmények, az idült és gyógyíthatatlan betegségben szenvedők számára fenntartott gyógy- és gondozóintézetek, szociális otthonok, geriátriai krónikus intézetek, ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.
- n) **Közlekedési baleset:** közlekedési balesetnek minősül a Biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a Biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.
- o) **Műtét:** minden olyan orvos által, a mindenkori orvosszakmai szabályoknak megfelelően végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és intézménye a szükséges hatályos, érvényes engedélyekkel rendelkezik. A Biztosító a műtéteket, beavatkozásokat a biztosítási szolgáltatás szempontjából öt – kis, közepes, nagy, kiemelt, kizárt műtétek – kategóriába sorolja be. A Különös Feltételek 3. számú melléklete nem teljes körű, tájékoztató jellegű listát tartalmaz az egyes műtétek kategóriákba sorolásáról. A Biztosító orvosa a Biztosító részletes műtéti listája alapján állapítja meg az adott műtét besorolási kategóriáját. Amennyiben az adott műtét nem szerepel a Biztosító részletes műtéti listájában, és ugyanott kizárásra sem kerül, úgy az adott műtét besorolása – a műtét jellege és súlyossága alapján – a Biztosító orvosának joga. **A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának mindenkor aktuális, részletes listája a Biztosító személyes ügyfélszolgálatán és honlapján (www.cigpannonia.hu) tekinthető meg. A Biztosító naptári évenként legfeljebb egy alkalommal módosíthatja a műtétek besorolását, mely esetben a módosított műtéti listát 30 nappal annak hatálybalépése előtt honlapján közzéteszi. A módosítások a hatálybalépés dátumától kezdődően valamennyi, érvényben lévő biztosítási szerződésre vonatkoznak. A Biztosító műtét miatti szolgáltatásának teljesítése esetén a biztosítási esemény időpontjában hatályos műtéti lista az irányadó.**
- p) **Közeli rokon:** a vérszerinti-, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a felmenő egyeneságbeli rokon, és a testvér.
- q) **Terrorcselekmény:** bármely erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális és immateriális javakra, az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politika, vallási, ideológiai, illetve etnikai célok mellett foglal állást, vagy valamely kormány befolyásolására, vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.
- r) **Utazásbiztosítási fedezetek:** a Különös Feltételek 4.) pontjában részletezett biztosítási események.
- s) **Utazás:** a Biztosított állandó lakóhely szerinti országán kívüli területre tett útja, beleértve az odautazást, az ott tartózkodást és a visszautazást az állandó lakóhely szerinti országba.
- t) **Állandó lakóhely szerinti ország:** az az ország, amelyben a Biztosított hivatalos, és bejelentett állandó lakóhelye található.
- u) **Sporttevékenység:** meghatározott szabályok szerint zajló, a szabadidő eltöltéseként kötetlenül, vagy szervezett formában végzett testedzés vagy szellemi sportágban kifejtett tevékenység, amely a fizikai erőnlét és a szellemi teljesítőképeség megtartását, fejlesztését szolgálja.
- v) **Elemi csapás:** villámcsapás, vihar, jégverés, sziklaomlás, kőomlás, lavina, földcsuszamlás, felhőszakadás, árvíz, földrengés, melynek bekövetkezése az adott helyszínen az illetékes szakhatóság által dokumentált.
- w) **Műszaki cikkek:** fényképezőgép, kamera, táblagép, hordozható számítógép, navigációs eszköz, mobiltelefon.

- x) **Assistance szolgáltató:** az SOS Assistance Hungary Kft., a Biztosító által kiszervezett tevékenység keretében megbízott szervezet, amely a Biztosító nevében eljár és 24 órás segítségnyújtó telefonszolgálatot biztosít (1039 Budapest, Szentendrei út 301., Cg.: 01-09-703420).
- y) **Hiteles orvosi dokumentáció:** a biztosítási esemény bekövetkezésének helyén működési engedéllyel rendelkező orvos által kiállított orvosi szakvélemény, mely tartalmazza a diagnózist, az orvosi kezelés időpontját és részletes leírását, az elvégzett vizsgálatok leleteit (képalkotó vizsgálatok esetén azok leírását is), valamint az ellátó intézmények, orvosok egyértelmű megjelölését.
- z) **Külföld:** minden olyan terület, amely hivatalosan valamely – Magyarország területén kívüli – országhoz tartozik (kivéve az utazásra nem javasolt térségek).
- aa) **Ptk.:** 2013. évi V. törvény a Polgári törvénykönyvről.
- bb) **Sürgősségi orvosi ellátás:** orvos által nyújtott, írásos szakvéleménnyel igazolt halaszthatatlan ellátás, amelyre az alábbi okok valamelyike miatt van szükség:
- ▶ az azonnali orvosi ellátás elmaradása előreláthatóan a Biztosított életét vagy testi épségét veszélyeztetné, illetve a Biztosított egészségében vagy testi épségében helyrehozhatatlan károsodást okozna,
 - ▶ a Biztosított betegségének tünetei (eszméletvesztés, vérzés, fertőző heveny megbetegedés stb.) alapján azonnali orvosi ellátásra szorul,
 - ▶ a biztosítás hatálya alatt a Biztosított hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodása miatt azonnali orvosi ellátásra szorul,
 - ▶ a Biztosított baleset folytán hirtelen bekövetkezett súlyos egészségkárosodása miatt azonnali orvosi ellátásra szorul.
- cc) **Betegség:** a Biztosított egészségi állapotában bekövetkezett, a Biztosított akaratán kívül, előre nem látható, sürgősségi orvosi ellátást igénylő egészségkárosodás.
- dd) **Ügyfél:** a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett, a Károsult, továbbá a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy. Az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a Biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.
- ee) **Távértékesítési tv.:** a távollévők között kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2025. évi XCIX törvény.

3. Szerződés Alanyai

3.1. Biztosító

A Biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a kockázatviselési ideje alatt a szerződésben meghatározott biztosítási kockázatot viseli és a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

3.2. Szerződő

a) Szerződő az a természetes személy, aki a Biztosított törvényes képviselője, a biztosítás megkötésére az ajánlatot teszi, és aki az ajánlat Biztosító általi elfogadása esetén a biztosítást megköti és a biztosítási díjat fizeti.

3.3. Biztosított

a) Biztosított az a 6-18 év közötti természetes személy, akire a biztosítás létrejön, és akit az ajánlatban Biztosítottként neveztek meg. **A Biztosított a biztosítási szerződésbe nem léphet be.**

3.4. Szolgáltatásra jogosult

A Biztosító szolgáltatására jogosult személyek a következők lehetnek a szolgáltatás jellegétől függően:

- a) Az utasbiztosítási fedezet asszisztencia szolgáltatásai esetén a **Biztosított**.
- b) Az utasbiztosítási fedezet felelősségbiztosítási szolgáltatása esetén a **Károsult**. A Biztosított akkor követelheti, hogy a Biztosító neki teljesítsen, ha a károsult követelését ő egyenlítette ki. Ha a Biztosított a vele szemben támasztott kártérítési igények miatti felelősségét vagy összegszerű helytállási kötelezettsége mértékét nyilvánvalóan megalapozatlanul vitatja, a Biztosító jogosult a károsultnak teljesíteni. Az alaptalan tagadás többletköltségei a Biztosítottat terhelik; ha azokat a Biztosító viselte, a Biztosított azokat neki visszafizetni tartozik. A károsult kártérítési igényének a Biztosított által történt elismerése, teljesítése és az azzal kapcsolatos egyezsége a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha ahhoz a Biztosító előzetesen hozzájárult vagy azt utólag tudomásul vette.
- c) Minden más biztosítási szolgáltatás esetén a biztosítás **Kedvezményezettje. A Padtárs tanulóbiztosítás esetén a Kedvezményezett a biztosítás Szerződője.**

3.5. Biztosításközvetítő

- a) A biztosításközvetítő a biztosítási szerződések megkötésében közreműködő Független biztosításközvetítő vagy Alkusz.
- b) A Független biztosításközvetítő a Biztosító képviselőjének minősül, azonban kizárólag az ajánlatok átvételére jogosult. Független biztosításközvetítő
- ▶ sem díjat, sem a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeget nem vehet át.
 - ▶ szerződést a Biztosító nevében nem köthet.

4. Területi Hatály

A Biztosító kockázatviselése a Balesetbiztosítási fedezetek tekintetében a nap 24 órájában, a Föld teljes területére érvényes.

A Biztosító kockázatviselése az Utasbiztosítási fedezetek tekintetében a Föld teljes területére érvényes, kivéve Magyarországot.

5. Szerződés létrejötte és hatályba lépése

a) A jelen biztosítási feltételekre történő hivatkozással megkötött biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának a Biztosító által történő elfogadásával jön létre. A Szerződés a Biztosító és a Szerződő megállapodása, mely kizárólag távértékesítés útján, jelen feltételek alapján köthető. A Szerződésre a Bit, a Ptk., valamint a távértékesítés tekintetében a Távértékesítési tv. rendelkezéseit kell alkalmazni.

b) A biztosítás akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat Biztosító vagy Biztosító képviselője általi átvételétől számított 16. napon jön létre. Mivel a szerződést nem írásban kötötték meg, a Biztosító a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (biztosítási kötvényt) állít ki.

c) Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító Általános Szerződési Feltételeitől, a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az Általános Szerződési Feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő fél a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja.

d) Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig kötve van.

e) Az ajánlat elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni.

f) Ha a fedezetet igazoló dokumentum a Szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a dokumentum kézhezvételét követően késedelem nélkül (15 napon belül) nem kifogásolja, a szerződés a fedezetet igazoló dokumentum szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a szerződő fél figyelmét a fedezetet igazoló dokumentum átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

g) Amennyiben a kockázatbírálás ideje alatt biztosítási esemény következne be, úgy a Biztosító csak akkor élhet az elutasítás jogával, ha erre a lehetőségre az ajánlaton vagy a kiegészítő fedezet létrejötte iránti nyilatkozaton a figyelmet kifejezetten felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat vagy a kiegészítő fedezet létrejötte iránti nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

6. Biztosítási szerződés tartama, a biztosítási időszak, a kockázatviselés kezdete

a) A biztosítási szerződés határozatlan tartamra jön létre, mely tartam kizárólag éves díjfizetési gyakorisághoz igazodó, éves biztosítási időszakokból áll. Amennyiben a biztosítási időszak végét megelőző 30 napig a Szerződő vagy a Biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot (azaz rendes felmondással nem szünteti meg a szerződést), úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik.

b) A 6 a) pontban tárgyalt rendes felmondás vonatkozhat a teljes szerződésre, vagy valamely biztosított(ak) biztosítási jogviszonyára.

c) A Biztosító kockázatviselése a Balesetbiztosítási fedezetek tekintetében az ajánlattételt követő nap 0:00 perckor kezdődik – amely egyben a szerződés hatálybalépésének időpontja – feltéve, hogy a biztosítási díj maradéktalanul megfizetésre került és a biztosítási szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

d) Utasbiztosítási fedezetek tekintetében a Biztosító kockázatviselése egy adott külföldi utazás vonatkozásában a Magyarország területéről történő kilépés pillanatában kezdődik, és Magyarország területére való ismételt belépésig tart. Az utasbiztosítás fedezetének tartama alatt a Biztosítottak korlátlan számú utazást tehetnek azzal a korlátozással, hogy a Biztosító az egyszeri, biztosítással fedezett külföldön tartózkodás idejét 30 napban maximálja.

7. Biztosítási szerződés módosítása, a biztosítási kockázat jelentős növekedése

7.1. Közös megegyezéses módosítás

a) Felek a biztosítási szerződést közös megegyezéssel bármikor írásban módosíthatják.

7.2. A biztosítási díj felülvizsgálata és módosítása

a) A Biztosító naptári évenként 1 alkalommal, legkésőbb május 31-ig a Központi Statisztikai Hivatal által publikált infláció mértékével emelheti a biztosítási díjat. Ezek értékét a Biztosító 10 forintra kerekítve adja meg. A módosítások a hatályba lépés dátumától kezdődően valamennyi érvényben lévő szerződésre vonatkoznak a lentiek szerint (7.2.b) és c) pont szerint).

b) A Biztosító a díjmódosítási szándékáról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 45 nappal értesíti a Szerződőt. Amennyiben a Szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig nem nyilatkozik írásban a díj módosításával kapcsolatban, úgy a szerződés díja a módosítási javaslatnak megfelelően változik.

c) Ha a Szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig a módosító javaslatot írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a díjmódosítással érintett biztosítási évfordulót megelőző napon 24 órakor megszűnik.

7.3. A biztosítási szerződés módosulásának szabályai a biztosítási kockázat jelentős növekedése miatt

a) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

b) Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

c) Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a 7.3 a) és b) pontokban meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.

8. Biztosító kockázatviselésének megszűnése

a) A Biztosítottra minden kockázat tekintetében megszűnik a Biztosító kockázatviselése:

- ▶ a Biztosított halálával;
- ▶ annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján 24 órakor, amelyben a Biztosított jelen feltételek 2) h) pontja alapján számított aktuális életkora eléri a 18 évet;
- ▶ a Biztosítási szerződés megszűnése esetén (9) pont szerint).

9. Biztosítási szerződés megszűnése

A Biztosítási szerződés megszűnik:

a) a Szerződő halálával, a Szerződő halálának napján 24:00 órakor;

b) amikor az utolsó Biztosítottra megszűnik a Biztosító kockázatviselése;

c) a következő biztosítási időszak kezdőnapját megelőző nap 24 órakor, ha a Szerződő vagy a Biztosító a szerződést a biztosítási időszak vége előtt legalább 30 nappal írásban, rendes felmondással felmondja;

d) távértékesítés útján kötött fogyasztói szerződés esetén a Szerződő fél azonnali hatályú felmondásával. A Távértékesítési tv. rendelkezései alapján a Szerződő a szerződését a szerződéskötés napjától számított 14 napon belül indoklás nélkül, azonnali hatállyal felmondhatja. Felmondását írásban a Biztosító székhelyének postai címére (1476 Budapest, Pf.: 325.) vagy az ugyfelszolgalat@cig.eu e-mail címre küldheti. A biztosítási

szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a Biztosító címére/e-mail címére beérkezik vagy online benyújtásra kerül. A felmondásra nyitva álló határidő lejárta előtt a szerződés alapján szolgáltatás nyújtása csak a Szerződő kifejezett hozzájárulását követően kezdhető meg. Amennyiben a Szerződő a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a Biztosító kizárólag a szerződés megszűnésének időpontjáig történt kockázatviselés időarányos ellenértékét jogosult követelni, amennyiben eddig az időpontig biztosítási esemény nem következett be. Ebben az esetben a Biztosító a már befizetett biztosítási díjnak a szerződés megszűnéséig teljesített kockázatviselés arányos ellenértékét meghaladó részét a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a Szerződő részére visszatéríti. Az azonnali hatályú felmondással kapcsolatos részletes szabályokat a Távértékesítési tájékoztató tartalmazza. Az azonnali hatályú felmondásra nyitva álló határidő elteltét követően benyújtott felmondás rendes felmondásnak minősül.

e) az elmaradt díj megfizetésére vonatkozó felszólításban meghatározott póthatáridő elteltével, az első díjjal nem fedezett napra visszamenőleg, ha a Szerződő felszólítás ellenére sem fizette meg az esedékes biztosítási díjat;

f) a díjmódosítással érintett biztosítási évfordulót megelőző napon 24 órakor, ha a Szerződő a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig a Biztosító díjmódosításra vonatkozó javaslatát 7.2. c) pont alapján írásban elutasítja;

g) a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, ha a 7.3. b) pont alapján a Szerződő a Biztosítónak a szerződés módosítására tett javaslatát írásban elutasítja, vagy arra 15 napon belül nem válaszol.

10. Felek kötelezettségei

10.1. Tájékoztatási kötelezettség

a) Ha a szerződést nem a Biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig a Szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.

10.2. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

a) A Szerződő és a Biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval 5 napon belül írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.

b) A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

c) A Szerződő és a Biztosított köteles a lényeges körülmények változását a Biztosítónak írásban bejelenteni.

d) A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

e) A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a további biztosított(ak) tartam közbeni belépésétől az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

f) Ha a szerződés több vagyontárgyra vagy személyre vonatkozik és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi vagyontárgy vagy személy esetén nem hivatkozhat.

g) A közlésre és a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.

10.3. Díjfizetés

a) A szerződés éves díjfizetésű.

b) A biztosítási díj forintban fizetendő.

c) Az első biztosítási díj az ajánlattételkor esedékes.

d) A biztosítási díj az adott biztosítási időszak kezdetén esedékessé válik mindazon biztosítottak vonatkozásában, akikre tekintettel ugyanazon biztosítási időszak első napján a Biztosító kockázatban áll.

e) A biztosítási jogviszony megszűnésének esetén a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti (adott Biztosított vonatkozásában), amely napon a kockázatviselése véget ért. Ha az időarányos

díjnál több díjat fizettek be, a Biztosító a megszűnési okról való tudomásszerzést követő 30 napon belül a díjtöbbletet köteles visszatéríteni a Szerződőnek.

f) A Szerződő a biztosítási díjat kizárólag online bankkártyás fizetéssel térítheti meg. Az online bankkártyás fizetések a Barion rendszerén keresztül valósulnak meg. A bankkártya adatok a kereskedőhöz nem jutnak el. A szolgáltatást nyújtó Barion Payment Zrt. a Magyar Nemzeti Bank felügyelete alatt álló intézmény, engedélyének száma: H-EN-I-1064/2013.

10.4. A biztosítási esemény bejelentésének módja, határideje

a) Balesetbiztosítási fedezetek (események) esetén

- i. A biztosítási eseményt annak bekövetkezésétől számított 30 napon belül (akadályoztatás esetén annak megszűnésétől számított 30 napon belül) a Biztosítónál be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások ellenőrzését is.
- ii. **A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, ha a Szerződő fél, illetve a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését e határidőben a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.**
- iii. A bejelentést a Biztosító elérhetőségeinek egyikén kell megtenni. (E-mailben: ugyfelszolgalat@cig.eu; telefonon: +36 1 5 100 100; személyesen: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület Földszint; faxon: 36 1 247 2021; postai úton: 1476 Budapest, Pf.: 325.)

b) Utasbiztosítási fedezetek (események) esetén

- i. A biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb – amennyiben annak objektív lehetősége fennáll – a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 48 órán belül az Assistance Szolgálat részére be kell jelenteni annak éjjel-nappal hívható telefonszámán **(+36 1 486 4333)**.
- ii. A bejelentett biztosítási események kapcsán felmerült költségeket a Biztosító a szolgáltatóval vagy a szolgáltató számláját kifizetővel közvetlenül rendezi. Ha a szolgáltató a számlát a Biztosítottnak adja át, akkor a Biztosítottnak a hazaérkezést követő 7 munkanapon belül az eredeti számlát a szükséges egyéb dokumentumokkal együtt a Biztosítóhoz a következő címre kell eljuttatnia:
CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt., Kárrendezés 1476 Budapest, Pf.: 325.
- iii. Pogyásbiztosítással kapcsolatos igény érvényesítése esetén a biztosítási szolgáltatás iránti igényt közvetlenül a Biztosítóhoz kell bejelenteni (a Biztosító elérhetőségeinek egyikén: e-mailben: ugyfelszolgalat@cig.eu; telefonon: +36 1 5 100 200; személyesen: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület Földszint; faxon: 36 1 247 2021; postai úton: 1476 Budapest, Pf.: 325), a bejelentéshez mellékelni kell a biztosítási esemény helyszínén tett rendőrségi bejelentés egy másolati példányát.
- iv. A Biztosított akadályoztatása esetén az akadály elhárultát követően haladéktalanul meg kell tenni a bejelentést annak érdekében, hogy minden, a kárral kapcsolatos lényeges körülmény megismerhető legyen.
- v. A Biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a fentiekben megállapított határidőben neki felróható okból a Biztosítónak (amennyiben a vonatkozó feltétel úgy rendelkezik, az Assistance Szolgálat útján) nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához szükséges lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.
- vi. Felelősségbiztosítás szolgáltatás kapcsán a Szerződő, illetve – mivel a szerződést nem a Biztosított kötötte – a Biztosított a tudomásszerzéstől számított 5 napon belül köteles az Asszisztencia Szolgálat részére bejelenteni, ha vele szemben a Különös Szerződési Feltételek 4.2. Utasbiztosítási események és szolgáltatások u) és v) pontjaiban meghatározott magatartásával kapcsolatban a Különös Feltételek 4.2. Utasbiztosítási események és szolgáltatások u) és v) pontjaiban meghatározott kárigényt közölnek, vagy ha olyan körülményről szerez tudomást, amely ilyen kárigényre adhat alapot. A bejelentésnek tartalmaznia kell a következő adatokat: Biztosított neve, születési dátuma, biztosítási kötvény száma, károsult személy neve, pontos címe, bekövetkezett kár mértéke, helye, időpontja. Ennek elmulasztása esetén a Biztosító a bejelentési kötelezettség megszegése esetére megállapított jogkövetkezmények szerint jár el. A Biztosító szolgáltatásának feltétele a Biztosított részéről a biztosítási esemény tudomásra jutástól számított 30 napon belül a Biztosítóhoz eljuttatott felelősségét elismerő nyilatkozat; amennyiben hatósági eljárás indult, ennek dokumentuma (rendőrségi jegyzőkönyv); a biztosítási esemény vázlatos rajza; a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi

rendelkezésre álló információ és dokumentum. Amennyiben bírósági eljárásra kerül sor, a Biztosító szolgáltatásának feltétele továbbá a Biztosított kártérítési kötelezettségére vonatkozó jogerős bírósági ítélet eljuttatása a Biztosítóhoz a kézhezvételt követő 5 napon belül. **Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági vagy bírósági eljárás nem indult, a Biztosító a felmerült költségeket maximum 100 000 Ft-os összeghatárig vállalja.**

10.5. A biztosítás szolgáltatása

a) **A Biztosító a Szerződő díjfizetése ellenében, a Különös Feltételekben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Különös Feltételekben és a Biztosítási közzvényen feltüntetett biztosítási szolgáltatást fizeti ki a szolgáltatásra jogosult számára.**

b) **A Biztosító összegbiztosítási szolgáltatásának kifizetése a Kedvezményezett által megjelölt módon, bankszámlára történő utalással történik.**

11. A Biztosító teljesítéséhez szükséges iratok

a) A Biztosító a biztosítási szolgáltatások teljesítéséhez az adott kárrendezési eljárásban szükséges iratok körét – a jelen Általános Szerződési Feltételekben és a Különös Feltételekben felsorolt iratok körén belül – a biztosítási esemény bejelentését követő 15 napon belül köteles meghatározni.

b) Amennyiben a szolgáltatási igény elbírálásához nem került benyújtásra valamennyi szükséges dokumentum vagy a benyújtott dokumentumok alapján a szolgáltatási igény nem bírálható el, a Biztosító a szolgáltatási igény benyújtásától számított 15 napon belül - a szükséges dokumentumokat, információkat megjelölve - hiánypótlásra felhívó levelet küld a szolgáltatási igényt bejelentő személy részére.

11.1. Balesetbiztosítási események kárrendezéséhez szükséges iratok:

a) A szolgáltatási igény teljesítéséhez minden esetben be kell nyújtani a Biztosítóhoz a hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt, mely a Biztosító honlapján (<https://www.cigpannonia.hu/ugyfeleinknek/dokumentumok>) elérhető.

b) **Haláleseti szolgáltatási igény** bejelentéséhez benyújtandó, további szükséges iratok a 11.1. a) pontban foglaltakon túl:

- ▶ halotti anyakönyvi kivonat másolata;
- ▶ halottvizsgálati bizonyítvány másolata;
- ▶ külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása;
- ▶ boncolási jegyzőkönyv másolata, szükség esetén (előzményvizsgálat esetében, amennyiben a halottvizsgálati bizonyítványon jelezték, hogy készült);
- ▶ orvosi nyilatkozat (a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata) a káresemény háttérben álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismereiténél pontos időpontjával;
- ▶ baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült);
- ▶ véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt másolata (ha készült);
- ▶ a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentésének időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; ambuláns lap; kezelések, vizsgálatok iratai; röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során; kórházi zárójelentések másolata, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját);
- ▶ sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges).

c) **Közlekedési balesetből eredő elhalálozás** bejelentéséhez benyújtandó, további szükséges iratok a 11.1. a) és b) pontokban foglaltakon túl:

- ▶ közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata;
- ▶ gépjármű vezetése közben bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata.

d) **Életbenléti szolgáltatások** iránti igény bejelentéséhez benyújtandó, további szükséges iratok a 11.1. a) pontban foglaltakon túl:

- ▶ baleseti / munkahelyi baleseti / rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült);

- ▶ a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; kezelések, vizsgálatok iratai; röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során; kórházi zárójelentések másolata, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját);
- ▶ orvosi nyilatkozat (a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata) a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismeretének pontos időpontjával, ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata;
- ▶ sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges);
- ▶ véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt (ha készült);
- ▶ kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap, amennyiben az égési sérülés következményeként a Biztosított kórházi fekvőbeteg gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült (ha szükséges);
- ▶ kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum (ha szükséges);
- ▶ a kiadásokat igazoló eredeti számlák (ha szükséges);
- ▶ látogatás / hazautaztatás számlával igazolt költségei;
- ▶ mobil, laptop, tablet, szemüveg sérülése esetén ezek számlával igazolt költségei;
- ▶ poggyászkár számlával igazolt költségei.

11.2. Utasbiztosítási eseményekre vonatkozó kárrendezés során szükséges iratok:

a) **A külföldön felmerült számlák rendezése:** Ha a Biztosított az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vette, a külföldi egészségügyi gyógyító, kezelő intézmény/személy az eredeti számlát a Biztosítóhoz, illetve az Assistance Szolgálathoz nyújthatja be.

- ▶ Amennyiben az egészségügyi ellátás ellenértékét a Biztosított a helyszínen kifizette, Magyarországra történő visszatérését követően tett kárbejelentése alapján a kárt a Biztosító megtéríti.
- ▶ A Biztosító általi térítés pénzneme a Biztosított vonatkozásában magyar forint. A külföldi devizában kifizetett kártérítése során a Biztosító a káresemény napján érvényes, MNB által megállapított árfolyam szerint állapítja meg a térítés összegét.

b) A kárrendezés az alábbi iratok alapján történik:

- ▶ az ellátás sürgősségét igazoló orvosi dokumentáció, a külföldi orvosi, gyógyszer költségek névre szóló eredeti számlái;
- ▶ baleset esetén a külföldi orvosi dokumentáció;
- ▶ külföldön (lehetőleg a baleset helyszínén) felvett hivatalos jegyzőkönyv vagy igazolás a baleset és a sérülés megtörténtéről, körülményeiről;
- ▶ a Biztosító által rendszeresített, az ügyfél által kitöltött kárigény-bejelentési formanyomtatvány eredeti példánya;
- ▶ poggyászkár rendezéséhez névre szóló, részletes, eredeti, a káresemény helyszínén felvett rendőrségi, vagy légitársasági jegyzőkönyv, esetleg határozat, mely tartalmazza az eltűnt tárgyak tételes listáját, a légitársaság igazolása az általuk nyújtott kártérítés összegéről vagy megtagadásáról;
- ▶ egyértelműen beazonosítható számla (tartalmazza az eltűnt tárgy megnevezését), amelynek hiányában a Biztosító a kártérítési összeg kiszámításánál a belföldi használt átlagárakat veszi alapul;
- ▶ mobiltelefon, fényképezőgép vagy videokamera eredeti, az újkori vásárlást igazoló számlája. Adásvételi szerződés nem helyettesíti az eredeti számlát. Eredeti számlának minősül a műszaki cikk értékesítésével foglalkozó kereskedelmi egység által szabályszerűen (a hatályos, Általános forgalmi adóról szóló 2007. évi CXXVII. törvény szerint) kiállított számla;
- ▶ szemüveg újrakészítése esetén eredeti, a Biztosított nevére szóló számla, valamint a külföldön készült orvosi dokumentumok, mely(ek) a baleset tényét alátámasztják;
- ▶ a szolgáltató igazolása telefonszám letiltásáról mobiltelefont érintő káresemény kapcsán;
- ▶ a kárigény érvényesítéséhez szükséges egyéb, a Biztosító által bekért irat(ok).

c) Biztosított halála esetén a holttest Magyarországra történő szállításának megszervezéséhez a Biztosított hozzátartozójának az alábbi dokumentumokat kell a Biztosító rendelkezésére bocsátania:

- ▶ halál tényét igazoló okirat, halál okát igazoló hatósági vagy orvosi bizonyítvány;
- ▶ baleset esetén a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok;
- ▶ temetői befogadó nyilatkozat;

- ▶ halotti anyakönyvi kivonat.
- ▶ A Biztosító hozzájárulása nélkül megszervezett/megtörtént hazaszállítás költségeit a Biztosító nem téríti. A jogvédelmi szolgáltatások kapcsán felmerült költségeket a Biztosító a megadott összeghatárok figyelembevételével közvetlenül rendezi. Amennyiben a Biztosított a Biztosító által előzetesen elfogadott, a jogvédelmi szolgáltatások kapcsán felmerült költségeket a helyszínen rendezte, azokat az eredeti számlák kézhezvételét követően a Biztosító a megadott összeghatárok figyelembevételével megtéríti.

12. Kockázatkizárások

12.1. Általános kizárások

a) A Biztosító kockázatvállalása, amennyiben Különös Feltételek másként nem rendelkeznek, nem terjed ki az alábbi esetekre:

- i. a Biztosított ittas állapotával (0,8 ezrelék, vagy ennél magasabb véralkohol szint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- ii. ha az esemény bármely típusú jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be (ideértve a nem közforgalmi úton történt járművezetést is), és a bekövetkezés időpontjában a Biztosított érvényes vezetői engedéllyel, illetve egyéb szükséges hatósági engedéllyel nem rendelkezett, vagy bármely okból tudatmódosult állapotban volt;
- iii. bármely, nem orvosi rendelvényre, nem gyógyítási céllal, nem gyógyszernek minősülő, a tudat, az elme, az idegrendszer vagy a szervezet bármely funkciójának normál működését akadályozó szer használatával összefüggésbe hozható biztosítási eseményekre;
- iv. mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- v. a Biztosított öngyilkossága vagy annak kísérlete során keletkezett károk;
- vi. kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal és kórházi ápolással, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekkel, kórházi ápolásokkal és gyógyító eljárásokkal összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- vii. ha az esemény nem orvosi szakvégtzettségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- viii. a motoros járművek versenyein, felvonulásain, edzésein a nézőt érő balesetekre, amennyiben a Biztosított a rendezés szabályait nem betartva figyelte az eseményt;
- ix. a Biztosított bármely hivatásosként végzett sporttevékenységével és a következő akár szabadidős sporttevékenységével összefüggő eseményekre: búvárkodás, vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bungee jumping, bázisugrás, műugrás;
- x. veszélyes sportok (így különösen: amatőr búvárkodás 40 méteres mélység alatt, kijelölt pályán kívüli sísülés és snowboardozás, hydrospeed, rocky jumping, hegyi/downhill kerékpározás, canyoning, kitesurf, vadászat, autó-motor sportversenyek és edzések – ideértve a tesztúrákat és az autó- és rallyversenyeket, illetve a versenypályán való teszt- vagy egyéb jellegű vezetést is –, szikla-, fal- és hegymászás, via ferrata vagy klettersteig típusú útvonalakon történő túrázás, hegyvidéken 3500 m tengerszint feletti magasságtól űzött túrázás vagy trekking, barlangászat, légi sporteszköz, motoros vagy motor nélküli légi jármű/eszköz – pl. ejtőernyő, hőlégballon – használata, üzemeltetése, motoros vízi jármű üzemeltetése vagy motoros vízi jármű segítségével űzött sporttevékenység, úgy mint jetski, air-chair, parasailing) során bekövetkezett események
- xi. robbanószerekkel folytatott tevékenységgel összefüggésben, illetve a következő foglalkozások körében bekövetkezett eseményekre: cirkuszművész, állatkerti gondozó, ács;
- xii. a baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészekkel kapcsolatos eseményekre;
- xiii. harci cselekményben (háborúban, polgárháborúban, határviellongásban, felkelésben, forradalomban, zendülésben, törvényes kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kommandó támadásban, terrorcselekményben), vagy más háborús cselekményben, lázadásban, zavargásban való részvételből eredő eseményekre;
- xiv. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést;
- xv. a biztosított HIV (AIDS) vírus fertőzöttségével összefüggő eseményekre.
- xvi. fizioterápiára, akupunktúrára, természetgyógyász, illetve csontkovács által nyújtott kezelésre;

- b) A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosított halála gépi erővel hajtott szárazföldi, légi, vízi járműben, országos, nemzetközi, illetve szervezett amatőr sportversenyen történő részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) keretében következik be.
- c) A Biztosító nem viseli a kockázatot repülőeszközök használatából eredő eseményekre, kivéve, ha a Biztosított légi jármű utasaként, a polgári légiforgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légi járművön utazik, de a légi járműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzetéhez.
- d) Orvosi műhibából eredő károkra.
- e) A Biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és/vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i.) Európai Unió (EU); (ii.) az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ); (iii) Egyesült Államok (USA) és/vagy (iv) a Biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók.

12.2. Balesetbiztosítási fedezetekre vonatkozó kizárások

- a) A Biztosító kizárja azokat a baleseteket, amelyek rándulással, habituális ficammal, patológiás töréssel, fogtöréssel, nem balesettel összefüggő fertőzéssel, rovarcsípéssel, fagyással, napszúrással, nap általi égési sérüléssel, hőgutával, madárinfluenzával, porckorong sérüléssel, sérvvel, agyvérzéssel, foglalkozási ártalommal, fertőző betegségekkel, gyermekbénulással, veszettséggel, tetanuszfertőzéssel összefüggésben következnek be.
- b) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon baleseti műtetre, amely
- ▶ ficam műtéti megoldása;
 - ▶ az ízületek csőtükrözéssel végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozása;
 - ▶ a funkció szempontjából meghatározó anatómiai képleteket nem érintő lágyrész sérülések műtéti megoldása;
 - ▶ olyan ortopéd jellegű műtéti beavatkozás, melynek elvégzésére az adott baleset hívta fel a figyelmet.
- c) Baleseti okú műtéti térítés esetén a kockázatviselésből ki vannak zárva mindazon műtétek, melyek esetében az adott elváltozás és a műtéti lelet a klasszikusan értelmezett baleset fogalmával bizonyítható módon ellentmond egymásnak. E körbe tartoznak elsősorban azok az elváltozások, melyek meglétére egy bekövetkezett baleset hívja fel a figyelmet.

12.3. Utasbiztosítási fedezetekre vonatkozó kizárások

A Biztosító kockázatvállalása az utasbiztosítás vonatkozásában nem terjed ki

- a) azon országokba, illetve térségekbe történő utazásra, amelyeket az utazás napján Magyarország külügyekért felelős minisztériuma a <https://konzinfo.mfa.gov.hu/utazasra-nem-javasolt-tersegek> (Utazásra nem javasolt országok és térségek) információs felület (pl. biztonsági okok vagy természeti katasztrófa miatt) veszélyesnek minősít, és a beutazást nem javasolja;
- b) a felmerült nem vagyoni károkra;
- c) személyiségi jog megsértéséből eredő károkra, sérelemdíjakra;
- d) a Biztosított által okozott felelősségi károkra (kivéve a Különös Szerződési Feltételekben felsorolt felelősségbiztosítási károk a kötvényben megjelölt biztosítási összeg erejéig);
- e) a Biztosított által sporttevékenység közben okozott károkra;
- f) versenyszerű sportolás vagy edzés közben bekövetkezett káreseményekre;
- g) külföldön, tartós vagy fizikai munkavégzés kapcsán bekövetkezett munkahelyi balesetre és annak következményeire;
- h) olyan tűz és robbanás károkra, amelyek hatósági engedély nélkül átalakított gépkocsiban, az átalakítással közvetlen összefüggésben következtek be;
- i) a fuvarozó felelősségbiztosítása vagy más biztosítási szerződés alapján megtérülő károk mértékéig;
- j) a szállás vagy hazautazás szolgáltatásra, amennyiben azt nem a Biztosító szervezi, vagy azt a Biztosított a Biztosító előzetes felhatalmazása nélkül szervezi vagy veszi igénybe;

- k) bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennálló egészségi állapot következménye, és a biztosítás megkötésekor előreláthatóan vagy nagy valószínűséggel a biztosítás tartama alatt válik szükségessé, kivéve a sürgős szükség esetét;
- l) olyan szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapítása vagy a kezelés céljából és nem akut megbetegedés vagy baleseti sérülés miatt válik szükségessé;
- m) azon többletköltségekre, amelyek meghaladják az észszerű és szokásos díjat az adott országban;
- n) a kórházi kezelés azon többletköltségeire, amelyek abból adódtak, hogy bár orvosilag megengedett lett volna, a Biztosított döntése miatt a Biztosító nem tudta a Biztosítottat (akár speciális módon is) további gyógykezelés céljából Magyarországra szállítani;
- o) olyan egészségügyi káreseményre, ahol a Biztosított a biztosítási eseményt annak bekövetkezését követő 48 órán belül neki felróható okból a Biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettségének teljesítése szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlené válik;
- p) az elvárható, észszerű orvosi kockázat túllépése nélkül a (lehető legkorábbi) hazatérés utánra halasztható vizsgálatokra, műtétre, utókezelésre, pszichiátriai kezelésre, hozzátartozó, vagy útitárs által nyújtott kezelésre, ápolásra;
- q) védőoltásra, rutin-, kontroll-, illetve szűrővizsgálatokra, szexuális úton terjedő betegségekre, szerzett immunhiányos betegségekre (AIDS), illetve ezzel összefüggő betegségekre;
- r) kontaktlencsére;
- s) terhesgondozásra, szülészeti ellátásra, terhességgel kapcsolatos ellenőrző vizsgálat(ok)ra, terhesség megszakításra;
- t) hivatásszerű fizikai munkavégzés során bekövetkezett baleset miatt felmerült egészségügyi ellátás költségeire;
- u) a kötelező védőoltások beadatásának hiánya miatt bekövetkezett orvosi és egyéb költségekre;
- v) a nem orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszerek térítésére;
- w) a Biztosított közeli rokona általi kezelésére;
- x) azokra a személyekre, akik kettős állampolgársággal rendelkeznek, és az állampolgárságuk szerinti országba utaznak.

13. Mentésülés a szolgáltatási kötelezettség alól

13.1. Biztosító mentésülése Balesetbiztosítási fedezetek esetén

- a) Biztosító mentésül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Szerződő, a Biztosított vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.
- b) Haláleseti szolgáltatás esetén a Biztosító mentésül a feltételszerű biztosítási szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.

13.2. Biztosító mentésülése Utasbiztosítási fedezetek esetén

- a) Biztosító mentésül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Szerződő, a Biztosított vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.
- b) Biztosító mentésül szolgáltatási kötelezettsége alól a fuvarozó felelősségbiztosítása vagy más biztosítási szerződés alapján megtérülő károk mértékéig.
- c) Biztosító mentésül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítást nyer, hogy a kártérítést követelő személy vagy a fuvarozó hanyagsága, jogtalan cselekménye, mulasztása okozta a kárt vagy ahhoz hozzájárult, – ha a gépjármű vezetője az adott jármű-kategóriára érvényes gépjárművezetői engedély nélkül vezetett.
- d) Biztosító mentésül szolgáltatási kötelezettsége alól amikor a szállás vagy hazautazás szolgáltatását nem a Biztosító szervezi, vagy azt a Biztosított a Biztosító előzetes felhatalmazása nélkül szervezi vagy veszi igénybe.

14. Elévülés

- a) A biztosításból származó igények elévülési ideje 5 év.

15. Várakozási idő

- a) **A biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a biztosító várakozási időt nem köt ki.**

16. Egyéb rendelkezések

16.1. Jognyilatkozatok

- a) Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályosak, ha azokat írásban nyújtották be a Biztosítóhoz. Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt, papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél Biztosítóhoz történő beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást.
- b) A Biztosítóhoz intézett bármely jognyilatkozat akkor hatályosul, amikor az a Biztosítóhoz beérkezett.
- c) Az Ügyfelek számára a Biztosító által postai úton küldött, a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak kézbesítette vagy megkísérelte kézbesíteni, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta. Ajánlottan vagy tértivevénnyel kézbesített küldemények esetén, kétszeri sikertelen kézbesítés esetén, a másodszori kézbesítés megkísérlésének időpontja tekintendő a kézbesítés időpontjának.
- d) Elektronikus kommunikáció esetén a Szerződő számára az Ügyfélportálon továbbított küldemények kézbesítésének időpontja, azaz időpont, amikor a küldemény a Szerződő számára hozzáférhetővé válik (feltöltésre kerül) az Ügyfélportálon. Az új küldemények Ügyfélportálra történő feltöltéséről a Biztosító értesítést küld a Szerződő elektronikus kommunikációhoz megadott e-mail címére.
- e) A Szerződő által megadott elektronikus adatok valótlanágából, hiányosságából származó károkért, valamint a Szerződő levelezési szolgáltatójánál felmerülő hibákért, rendellenes működésért, valamint a szolgáltató biztonsági, illetve a Szerződő személyes fiókjának beállításai miatt felmerülő problémákért, és az abból származó károkért, illetve hátrányos jogkövetkezményekért a Biztosító nem vállal felelősséget.

16.2. Egyéb általános rendelkezések

- a) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a hatályos magyar jogszabályok szerinti általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.
- b) A Biztosító jelen biztosítási szerződéssel összefüggésben eljáró közreműködői a munkaviszonyra jellemző javadalmazásban részesülnek.
- c) A Biztosító egyes alkalmazottai, illetve a biztosítást értékesítő független biztosításközvetítők, valamint függő többes ügynökök a biztosítási szerződéssel, a rendszeres díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosultak.**
- d) A jelen feltételekre hivatkozással megkötött szerződés maradékjogokkal (kötvénykölcsön, díjmentesítés, visszavásárlás) nem rendelkezik.
- e) A Biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt. A biztosítás többlethozam visszatérítéssel nem rendelkezik.**