

CIG Pannónia Elixír Csoportos Egészségbiztosítás

Általános Szerződési Feltételek

Hatályos: 2024.10.10-től

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	3
2. Fogalmak.....	4
3. A biztosítási szerződés alanyai.....	7
4. A biztosítás területi és időbeli hatálya.....	8
5. A szerződés tárgya, biztosítási esemény.....	8
6. A szerződés létrejötte és hatálybalépése.....	9
7. A szerződés tartama, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak.....	10
8. A Biztosítási szerződés módosítása.....	11
9. A Biztosító kockázatviselése.....	11
10. Felek kötelezettségei.....	13
11. A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése.....	17
12. Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam, fedezetfeltöltés, reaktiválás.....	18
13. A Biztosító mentesülése.....	19
14. Kizárások.....	19
15. A biztosítási szerződés megszűnése.....	21
16. Adatkezelési tájékoztató.....	22
17. Panaszokkal kapcsolatos tájékoztató.....	22
18. Egyéb rendelkezések.....	22

PANNÓNIA ELIXÍR SZOLGÁLTATÁSFINANSZÍROZÓ CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEI

1. Bevezetés

- a) Jelen feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a **CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhely: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület, cégjegyzékszám: 01-10-045857, adószám: 14440306-4-44, a továbbiakban: Biztosító)** Pannónia Elixír Szolgáltatásfinanszírozó csoportos egészségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: biztosítás) kell alkalmazni. Az itt nem szabályozott kérdésekben a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.
- b) A Pannónia Elixír Csoportos Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételei (a továbbiakban: „ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK” vagy „jelen feltételek”) az egyes szolgáltatásokra vonatkozó Különös Szerződési Feltételekkel (a továbbiakban: „KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK”) együtt értelmezendők. Az egyes szolgáltatásokra vonatkozó KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK rendelkezései az ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-től eltérő rendelkezéseket tartalmazhatnak. A jelen ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-től és a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-től történő bárminemű – a jogszabályok által lehetővé tett – eltérés kizárólag a Szerződő és a Biztosító egyedi, írásba foglalt megállapodása alapján lehetséges.
- c) A biztosítási szerződés az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – részekből áll, melyek együttesen képezik a biztosítási szerződés feltételeit:
- csoportos egészségbiztosítási szerződés,
 - az ajánlat és annak valamennyi melléklete,
 - fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: „kötvény”),
 - Csatlakozási nyilatkozat
 - Ügyféltájékoztató,
 - Általános Szerződési Feltételek,
 - Különös Szerződési Feltételek,
 - Záradékok,
 - Adatközlő(k),
- (továbbiakban együttesen: „biztosítási szerződés”).
- d) A Biztosítási szerződés a Felek közti megállapodás minden feltételét tartalmazza, így az esetleges korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen szerződés tartalmát. Továbbá nem válik a biztosítási szerződés részévé a Felek esetleges korábbi szerződéses vagy üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló

jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás. A kötvény a szerződés létrejöttének visszaigazolása.

e) Az ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK, a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK és a Záradékok, illetve a Felek írásbeli megállapodásának ellentmondása esetén a rendelkezések értelmezési sorrendje a következő: 1. Felek írásbeli megállapodása; 2. Záradék(ok); 3. KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK; 4. 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 *dólt betűvel szedettek*.

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

i) A szerződés nyelve magyar.

2. Fogalmak

Az alábbi fogalmak a jelen biztosítási feltétel szerinti szóhasználatot tükrözik, e fogalmak más területen, illetve környezetben történő, esetlegesen eltérő tartalmú használata nem vonatkoztatható a jelen feltétel alapján létrejövő szerződésekre.

Ambuláns műtét: olyan, altatás nélkül igénybe vehető sebészeti, illetve egyéb szakterületi kezelések, beavatkozások, amelyek elvégzését követően a beteg azonnal, szakfelügyelet és megfigyelés nélkül otthonába bocsátható, és a hatályos jogszabályok szerint járóbeteg ellátás keretében történhet, valamint nem minősül egynapos sebészeti ellátásnak.

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

Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.

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.

Bit.: 2014. évi LXXXVIII. törvény a biztosítási tevékenységről.

Biztosítási csomag: A biztosítási eseményeket, valamint a Biztosító szolgáltatását tartalmazó - a Szerződő által választott - biztosítási csomagok, az ajánlati dokumentációban kerülnek rögzítésre.

Biztosítási díj: a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke, amely megfizetésére a Szerződő köteles.

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

Biztosítási szerződés: a Biztosító és a Szerződő között létrejövő szerződés.

Csatlakozási nyilatkozat (Biztosított nyilatkozat): a Biztosított által tett jognyilatkozat, amely alapján a Biztosító és a Szerződő között létrejött Biztosítási szerződés hatálya és így a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra kiterjed.

Csoportos biztosítási szerződés: a Biztosító és a Szerződő között a Ptk. 6:442. § alapján létrejött biztosítási szerződés.

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.

Dietetikai tanácsadás: megfelelő képesítéssel rendelkező szakember által végzett, egyénre szabott táplálkozási és ehhez kapcsolódó életmód tanácsadás.

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

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 egészségének 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, a 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.

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

Ellátásszervező: Az a jogi személy, amely a Biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a Biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a Biztosítottak számára. Jelen feltétel tekintetében a Biztosító Ellátásszervező partnere a Teladoc Hungary Kft. (székhely:1083 Budapest, Szigony u. 26-32. III. em., cégjegyzékszám: 01-09-864388).

Egynapos sebészeti beavatkozás: jogszabályban (jelen feltételek hatálybalépésekor a 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet) meghatározott tervezhető sebészeti beavatkozás, amely az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint indokolt és elvégezhető az ellátást igénybe vevő Biztosított választása és vizsgálati eredménye alapján, továbbá amely beavatkozás elvégzését követően a Biztosított az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belül, megfigyelést követően elhagyhatja az intézményt.

Fekvőbeteg ellátás: a Biztosított folyamatos kórházi benntartózkodása alatt végzett egészségügyi ellátás, mely lehet egynapos sebészet, vagy többnapos ellátás.

Fizioterápia: A hatályos jogszabályok szerint megfelelő egészségügyi képesítéssel rendelkező szakember által, fizikai energiákkal, hővel, elektromos energiával, mechanikai erővel végzett gyógykezelés.

Fogyasztó: az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

Gondozás: A biztosított betegsége (általában valamilyen krónikus betegsége) miatt szükségessé váló rendszeres, állandó vagy időszakos járóbeteg és/vagy fekvőbeteg-ellátás, labor- vagy diagnosztikai ellátás, melynél az ellátás indokaként nem merül fel akut állapotrosszabbodás vagy új tünet, eltérés.

Gyógytorna: Gyógytornász végzettséggel rendelkező szakember által összeállított mozgásterápia, amely adekvátan illeszkedőingersorozattal hoz létre funkciójavulást.

Háziorvos: a körzet vagy választás alapján hozzá tartozó páciensek egészségügyi ellátását jogszabályok alapján koordináló, illetve számukra egészségügyi alapellátást nyújtó orvos.

Járóbeteg ellátás: a Biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a Biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás.

Kezelőorvos: a Biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a Biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.

Kórház: Magyarországon a szakmai felügyeletet által engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, és megfelelő intézményi kóddal rendelkezik. Nem minősülnek kórháznak a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriatríai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

Közeli hozzátartozó: a Polgári Törvénykönyv 2013. évi V. törvény 8:1. §-a alapján a házastárs, bejegyzett élettárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér.

Laborvizsgálat: emberi szövetrészeket és biológiai produktumok laboratóriumi körülmények közötti fizikai, kémiai, biológiai módszerekkel való vizsgálata a minták összetételének, biológiai aktivitásának és fertőzöttségének megállapítása céljából.

Limit: a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének mértékére vonatkozó felső szolgáltatási összeghatár (biztosítási időszakra szóló limit), amely felett a Biztosító a Biztosított egészségügyi ellátásával kapcsolatban az adott biztosítási időszak alatt Biztosított részére a nevesített szolgáltatás típusok tekintetében további szolgáltatás nyújtására nem köteles. Az adott szerződés esetén alkalmazandó limitek az ajánlati dokumentációban kerülnek rögzítésre.

Második orvosi vélemény: a Biztosított által az Ellátásszervezőnek feltett, a Biztosított súlyos betegségére vonatkozó, orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvosszakértő által készített orvosi távszakvélemény.

Műtét: jelen biztosítás szempontjából 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.

Pszichiátriai konzultáció: megfelelő orvosi végzettséggel rendelkező szakember által végzett mentális állapotfelmérés, kezelés.

Pszichológiai konzultáció: megfelelő képesítéssel rendelkező szakember által végzett tanácsadás.

Ptk.: a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény.

Receptírás: A recept az orvos előírása, mellyel a terápia vagy betegség megelőzése, kezelése céljából gyógyszert rendel el. A 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet értelmében orvosi rendelvénynek az orvosi vény minősül. A rendelet szerint az orvosi vényen az orvosra, valamint a betegre vonatkozó adatokon kívül szerepelnie kell a gyógyszer megnevezésének, formájának, hatáserősségének és összmennyiségének, valamint egyértelmű utasítás kell, hogy szerepeljen a gyógyszer adagolására, alkalmazásának módjára és a gyakoriságára vonatkozóan. A biztosítás a biztosítási eseményekhez kapcsolódó receptírás szolgáltatás költségét akkor is téríti, ha azzal egy időben egyéb egészségügyi ellátás nem történik (pl.: szakorvosi vizit), azonban az ajánlott gyógyszerkészítményt az adott szakorvos a korábbi vizsgálat alkalmával már javasolta.

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

Sürgősségi egészségügyi ellátás: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a Biztosított közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. A sürgős szükség körébe tartozó életet veszélyeztető állapotokat és betegségeket az 52/2006. (XII. 28.) EÜM rendelet melléklete részletezi

Sürgősségi fogászati ellátás: a Biztosított balesete vagy hirtelen fellépő állapotromlása miatt igénybe vehető fogászati ellátás.

Szűrővizsgálat: minden olyan vizsgálat, melynek célja a tünetmentes Biztosított esetleg fennálló betegségeinek vagy kórmegelőző állapotának korai felismerése.

3. A biztosítási szerződés alanyai

3.1. Biztosító: az a jogi személy, amely a Csoportos Egészségbiztosítás tekintetében – a biztosítási díj megfizetése ellenében – a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen feltételekben meghatározott esetekben, módon és mértékben egészségbiztosítási szolgáltatást nyújt.

3.2. Szerződő: a biztosítani kívánt csoport(ok) egészségének megóvásában érdekelt jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, amely a Biztosítási szerződést a Biztosítottak javára megkötí, a szükséges jognyilatkozatokat megteszi, a Biztosítottaknak tájékoztatást nyújt, és a Biztosítási szerződés tartama alatt – esetlegesen a Biztosítottakra történő díj-áthárítással – a Biztosító felé a biztosítási díjfizetési kötelezettséget teljesíti.

3.3. Biztosított

a) **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményekre a Biztosítási szerződés létrejön, feltéve, hogy az általa tett Csatlakozási nyilatkozattal elfogadja a vonatkozó szerződési feltételeket, és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen. A Biztosított lehet Főbiztosított, illetve a Főbiztosított Hozzá tartozója.

b) **Főbiztosított:** az a Biztosított, akit a Szerződő – a vele fennálló munka- vagy egyéb jogviszony alapján – az általa meghatározott valamely biztosított csoport tagjaként megjelöl, és aki a 18. életévét már betöltötte, de 70. életévét még nem töltötte be.

- c) **Hozzá tartozó:** az a Biztosított, aki a Főbiztosított – Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott – közeli hozzátartozójának minősül, és aki a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor már legalább 1 éves, de a 70. életévét még nem töltötte be. A Főbiztosított Hozzá tartozója kizárólag a biztosítási évforduló napjával csatlakozhat a Csoportos Egészségbiztosításhoz, feltéve, hogy a csatlakozás időpontjában a Főbiztosított a Szerződő által meghatározott csoport tagjának minősül.
- d) Az adott Biztosítottra vonatkozó csatlakozási kor a kockázatviselés kezdetének éve és a Biztosított születési évének különbségével kerül kiszámításra. Kiskorú hozzátartozók tekintetében azonban csatlakozás legkorábban betöltött 1 éves kor esetén lehetséges, azaz a születési dátum (év, hónap, nap) és a csatlakozás időpontja (év, hónap, nap) között legalább 1 naptári év eltelt. A Biztosított aktuális kora a csatlakozási korból kerül kiszámításra: minden biztosítási évfordulón eggyel nő.
- e) Ahol a vonatkozó feltételek Biztosítottat említenek, azon rendelkezések a Főbiztosítottra és a Hozzá tartozóra is irányadók, kivéve azon rendelkezéseket, amelyek kifejezetten a Főbiztosítottra vonatkoznak.
- f) A Biztosított szerződként nem jogosult belépni a Biztosítási szerződésbe.

3.4 Kedvezményezett: az a személy, aki a Biztosító szolgáltatására jogosult. Jelen feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszony esetében a Biztosító minden szolgáltatása tekintetében a Biztosított minősül kedvezményezettnek azzal, hogy a biztosítási szolgáltatások tekintetében keletkezett számlák ellenértékét a Biztosító főszabályként az Ellátásszervező Teladoc Hungary Kft. részére teljesíti, és kizárólag az Utólagos térítés feltételeinek fennállása esetén teljesíti közvetlenül a Kedvezményezett részére.

4. A biztosítás területi és időbeli hatálya

A biztosító kockázatviselése kizárólag Magyarország területére, a Biztosítottnak Magyarországon – a kockázatviselési időszakban – bekövetkezett balesetéből vagy valószínűsíthető betegségéből eredően igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

5. A szerződés tárgya, biztosítási esemény

- a) A Biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a kockázatviselés kezdetét követően, a kockázatviselés időtartama alatt bekövetkező és ezen időtartam alatt a Biztosítóhoz bejelentett Biztosítási esemény esetén a Biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti a Biztosítási szerződésben meghatározott Biztosítottak részére. A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a Szerződő a mindenkor esedékes biztosítási díjfizetési kötelezettségének határidőben, maradéktalanul eleget tegyen, és a szolgáltatási igényt benyújtó személy a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában Biztosítottnak minősüljön.
- b) **Biztosítási esemény a vonatkozó KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben meghatározott olyan egészségügyi szolgáltatás 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. Előzmény nélküli betegségnek, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott, vagy kórismézett, illetve kezelést igénylő betegséggel, balesettel, kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.

- c) Biztosítási esemény továbbá az olyan egészségügyi szolgáltatás, tanácsadás igénybevétele, melynek célja a Biztosított egészségének megőrzése, illetve prevenció.

6. A szerződés létrejötte és hatálybalépése

a) *A jelen feltételekre történő hivatkozással megkötött Biztosítási szerződés a Szerződő fél ajánlatának a Biztosító által történő elfogadásával vagy a Szerződő és a Biztosított külön megállapodásával írásban jön létre, és a Biztosítási szerződésben meghatározott időpontban (ennek hiányában az ajánlat elfogadásának napján, illetve – külön megállapodás esetén az utolsóként aláíró fél aláírásának napján) lép hatályba.*

b) *A Szolgáltatásfinanszírozó Csoportos Biztosítási Szerződés a Biztosító és a Szerződő között jön létre, írásban. A biztosítás akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges, 60 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 - amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges a 61. napon -jön létre az ajánlat tartalma szerint és arra a napra visszamenőleges hatállyal, amelyen a biztosítási ajánlatot a Biztosító vagy a Biztosító képviselője átvette. Ha a szerződést nem írásban kötötték meg, a Biztosító köteles a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (biztosítási kötvényt) kiállítani. Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító általános szerződési feltételétől, a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEKNEK megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő 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 napra írásban felmondhatja.*

c) *Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napig – kötve van.*

d) *Az ajánlat esetleges elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni.*

e) *Amennyiben a Biztosítási szerződés az arra tett ajánlat elfogadásával jön létre, a Biztosító a Biztosítási szerződés megkötését követően, a Biztosítási szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás helye szerinti tagállam hivatalos nyelvén, vagy ez irányú megegyezés esetén a Szerződő kifejezett kérésére más nyelven – a Szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a Biztosítási szerződés létrejöttéről, kötvény kibocsátásával.*

- f) Ha a fedezetet igazoló dokumentum (biztosítási kötvény) a Szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő a dokumentum kézhezvételét követően késedelem nélkül (15 napon belül) nem kifogásolja, a Biztosítási szerződés a fedezetet igazoló dokumentum szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a fedezetet igazoló dokumentum átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a Biztosítási szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- g) A Biztosító jogosult a Biztosított egészségi állapotával, szabadidős tevékenységével, foglalkozásával kapcsolatos kérdéseket feltenni, (továbbiakban: egészségi nyilatkozat), illetve orvosi vizsgálatot előírni a kockázat felmérése érdekében. A Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az Egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- h) A Biztosító az orvosi vizsgálat teljes költségét a Szerződőre terheli és a befizetett díj orvosi vizsgálat költségével csökkentett értékét fizeti vissza a Szerződő részére, ha a Szerződő az ajánlat elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat megkezdése után:
- a szerződés megkötésétől eláll,
 - az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvény kézhezvételét követően a kötvény tartalmát késedelem nélkül (15 napon belül) kifogásolja, ezért a Biztosítási szerződés nem jön létre,
 - a Biztosító felhívása ellenére az ajánlat hiányosságait nem pótolja és a Biztosító az ajánlatot elutasítja.
- i) Amennyiben a kockázatelbírálás ideje alatt Biztosítási esemény következne be, úgy a Biztosító csak akkor élhet az elutasítás jogával, ha erre a lehetőségre az ajánlaton 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.**
- j) Ha a Biztosított kiskorú, a Biztosítási jogviszony érvényességéhez – a rá vonatkozó részében – a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges, a kiskorú Biztosított nevében törvényes képviselője jogosult megtenni a csatlakozási és egyéb nyilatkozatokat. Amennyiben a Biztosított vagyoni jognyilatkozatai tekintetében cselekvőképességében teljesen vagy részlegesen korlátozott, a szerződés érvényességéhez – a rá vonatkozó részében – a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.**
- k) A Biztosítási szerződés létrejöttéhez, módosításához, megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulása nem szükséges.**

7. A szerződés tartama, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak

- a) A Biztosítási szerződés – a Szerződő és a Biztosító között létrejött kölcsönös megállapodástól függően – határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.**
- b) A biztosítási évforduló minden évnek a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja. Ha egy évben nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.
- c) A biztosítási időszak a Biztosítási szerződés tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év.**
- d) Jelen feltételek alapján létrejött egy éves határozott időtartamú biztosítási szerződés további egy évvel – változatlan feltételekkel – automatikusan meghosszabbodik akkor, ha**

a tartam lejáratára előtt legkésőbb 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja írásban a másik felet arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.

8. A Biztosítási szerződés módosítása

- a) A Biztosítási jogviszonyra az adott Biztosított csatlakozásakor hatályos szerződési feltételek irányadók.
- b) A Biztosító jogosult a biztosítási díjat évente felülvizsgálni és a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén megfelelően módosítani. A módosításról a Biztosító legalább 60 nappal az évfordulót megelőzően tájékoztatja a Szerződőt. Legkésőbb az évfordulót megelőző 30 nappal a Szerződő felmondhatja a biztosítási szerződést, amennyiben a módosított díjat nem fogadja el.**
- c) Amennyiben a Biztosítási szerződés létrejöttét követően a Biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, úgy a Biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a Biztosítási szerződés vagy a jelen Feltételek – megváltozott szabályozásra tekintettel történő – módosítására annak érdekében, hogy a Biztosítási szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen. Amennyiben a Szerződő a módosító javaslatot a Biztosító erről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a Szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel, a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A módosító javaslat Szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a Biztosítási szerződés Biztosító általi felmondására.
- d) A Szerződő a Biztosítási szerződés tartalmáról, a Biztosító által hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a Biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról a hatálybalépést megelőzően 15 nappal köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a helyben szokásos módon.

9. A Biztosító kockázatviselése

9.1. Kockázatviselés időtartama, várakozási idő

A Biztosító kockázatviselése a 9.2. pontban meghatározottak szerint a Biztosítottnak a Biztosítási szerződéshez történő csatlakozásával kezdődik, és a 9.3. pontban meghatározott időpontig tart. Amennyiben a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEKBEN a Biztosító várakozási időt köt ki az egyes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában, a kockázatviselés a várakozási idő elteltével kezdődik meg.

9.2. Kockázatviselés kezdete, a Biztosítottak csatlakozása

- a) A Biztosító kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában a Biztosítottnak a Biztosítási szerződéshez történő csatlakozása időpontjától függően:**

- A Biztosítási szerződés létrejöttékor megjelölt Főbiztosítottak tekintetében az ajánlat aláírását követő hónap első napján 0 órakor kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön, és az első díjrészletet a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően a felek halasztásban állapodtak meg. A Biztosító és a Szerződő közös megegyezéssel ennél későbbi kockázatviselési kezdetben is megállapodhatnak. A szerződés megkötése előtt befizetett összeget a Biztosító a kockázatviselés kezdeteként a biztosítási szerződésben megjelölt időpontig kamatmentesen kezeli, ezen összeg befizetése azonban nem jelenti a kockázatviselés kezdetét.
 - A Biztosítási szerződéshez annak tartama során újonnan csatlakozó Főbiztosítottak esetében a Biztosító kockázatviselése a csatlakozási nyilatkozat megtételét és a Szerződő által Biztosítónak megküldött adatszolgáltatást követő hónap első napján 0 órakor kezdődik meg, feltéve, hogy a személyükre vonatkozó biztosítási díjat a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően halasztásban állapodtak meg.
 - A Hozzá tartozók tekintetében a Biztosító kockázatviselése a csatlakozási nyilatkozat megtételét követő biztosítási évforduló napján 0 órakor kezdődik meg.
- b) A Biztosítási szerződés fedezetének az egyes Biztosítottakra való kiterjesztéséhez – amennyiben Felek ettől eltérően meg nem állapodnak – a Biztosítottak írásbeli hozzájárulása (Csatlakozási nyilatkozat) szükséges, amely nyilatkozat kitöltésével és aláírásával a Biztosítottak kifejezetten hozzájárulnak személyes és egészségügyi adataik kezeléséhez, és az egészségügyi adataikat kezelő intézmények, személyek orvosi titoktartási kötelezettség alóli felmentéséhez. A Biztosítottnak a Csatlakozási nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. Kitöltött és aláírt Csatlakozási nyilatkozat hiányában a Biztosító nem viseli a kockázatot és biztosítási szolgáltatást nem teljesít. A Biztosított a biztosítotti jogviszonyát írásban bármikor felmondhatja a Szerződőhöz intézett nyilatkozattal.
- c) A Hozzá tartozók csatlakozására évente 1 alkalommal, a Biztosítási szerződés évfordulójával van lehetőség. A Hozzá tartozó biztosítási csomagja nem tartalmazhat bővebb fedezeti kört, mint a Főbiztosított biztosítási csomagja.
- d) A Hozzá tartozókra megfelelően alkalmazandók az **ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK** és vonatkozó **KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK** Biztosítottakra vonatkozó rendelkezései. Ahol a feltételek Főbiztosítottat említenek, azon rendelkezések kizárólag a Főbiztosítottakra vonatkoznak.

9.3. Kockázatviselés vége (biztosítási jogviszony megszűnése)

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik:

- a) amennyiben a Biztosítási szerződés megszűnik, a Biztosítási szerződés megszűnése napján 24 órakor;
- b) amennyiben az adott Biztosítottnak a Biztosítási szerződésben meghatározott csoporthoz való tartozása bármely okból megszűnik - a csoporthoz való tartozás megszűnésének hónapjával, a hónap utolsó napján 24 órakor;
- c) a maximális biztosítotti kor betöltésével - annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órakor, amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életévet;

- d) a Biztosított biztosítási jogviszonyának felmondása esetén a visszavonás Biztosítóhoz történő beérkezésének hónapjában, a hónap utolsó napján 24 órakor,**
- e) a Biztosított halálával – a halál napján 24:00 órakor,**
- f) A Hozzá tartozó biztosítási jogviszonya megszűnik a Főbiztosított biztosítási jogviszonyának megszűnésével, a Főbiztosított jogviszonyának megszűnésével azonos időpontban.**

10. Felek kötelezettségei

10.1. Tájékoztatási kötelezettség

- a) A Biztosító tájékoztatási kötelezettsége a Szerződéssel szemben áll fenn.
- b) A Szerződő köteles tájékoztatni az egyes Biztosítottakat a Biztosítási szerződést érintő lényeges kérdésekről, körülményekről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a Biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról.

10.2. Közlési- és változásbejelentési kötelezettség

- a) A Szerződő a Biztosítási szerződés megkötésekor, a Biztosított a biztosítási jogviszony létrejöttékor köteles írásban közölni a Biztosítóval – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt, amelyet ismert vagy ismernie kellett. 18 év alatti Hozzá tartozó tekintetében a közlési-, illetve változásbejelentési kötelezettség a törvényes képviselőt terheli.
- 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 (a Biztosított vonatkozásában is) köteles a személyi adatainak módosulását, továbbá a Biztosító kockázatvállalása szempontjából valamennyi lényeges körülmény változását haladéktalanul, de legkésőbb a tudomására jutásától számított 5 napon belül a Biztosítóhoz írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a szerződéskötéskor az ajánlatban, az egészségi nyilatkozatban és az orvosi vizsgálat során írásban kérdést tett fel. A Biztosított a fenti adatokat a változástól számított 3 napon belül köteles bejelenteni a Szerződő felé.
- d) A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- e) A közlésre, illetve a változásbejelentésre 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.
- f) A közlési, illetve változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a további Biztosított(ak) tartam közbeni csatlakozásától az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- g) Ha a Biztosítási szerződés több személyre vonatkozik és a közlési illetve változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
- h) A közlésre illetve változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosított(ak)at. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.

- i) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést, illetve biztosítási jogviszonyt érintő lényeges körülményekről, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Ha a Szerződő 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 megtetelekor a Szerződő figyelmét felhívta. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító jelen bekezdésben meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.
- j) Ha a Biztosító a szerződéskötést vagy a további Biztosított(ak) tartam közbeni csatlakozását követően szerez tudomást a szerződéskötéskor, illetve a további Biztosított(ak) csatlakozáskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében, illetve a további Biztosított(ak) számított első 5 évben gyakorolhatja.

10.3. Adatszolgáltatás, adatközlés

- a) A Szerződő havi gyakorisággal módosíthatja az adott csoporthoz tartozó Biztosítottak listáját. A módosított listát a Szerződő köteles írásban bejelenteni a Biztosítónak (adatközlés) minden hónap 20. napjáig. Változás hiányában a havi bejelentés mellőzhető.
- b) Az adatközlésben foglaltak alapján az újabb Főbiztosítottak biztosítási jogviszonyai az adatközlést követő hónap első napján 0 órakor, a Főbiztosítottak Hozzártozóinak biztosítási jogviszonyai az adatközlést követő évforduló napján 0 órakor lépnek hatályba. Ettől eltérő időpontban újabb Biztosítottak csatlakozása a Biztosítási szerződéshez nem lehetséges.
- c) A Szerződő minden évben, a biztosítási évforduló alkalmával (az évfordulót követő 15 napon belül) köteles a Biztosítónak az előző (eltelt) biztosítási év havonkénti létszámadatáról írásbeli kimutatást benyújtani, valamint a következő biztosítási évre vonatkozó díj megállapításához szükséges adatokat megadni.
- d) A Szerződő által a Biztosító részére küldendő, a Biztosítottak adatait tartalmazó adatszolgáltatás részletes szabályait az Ajánlati dokumentáció vagy a Szerződő és Biztosító között létrejött megállapodás tartalmazza.

10.4. Díjfizetés

- a) **A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének és szolgáltatásának ellenértéke, melynek megfizetése a Szerződő kötelezettsége. A Szerződő az általa megfizetett díjat részben vagy egészben átháríthatja a Biztosítottra. Díj-áthárítás esetén a Biztosított a számára megállapított díjat a Szerződő részére köteles megfizetni.**
- b) **A biztosítás rendszeres díjfizetésű.**
- c) **A biztosítási díj az ajánlaton megjelölt gyakorisággal, az ajánlatban megjelölt devizanemben fizetendő.**
- d) **A biztosítás első díja – amennyiben Felek nem állapodtak meg halasztott díjfizetésben – az ajánlat aláírásakor esedékes. Minden további biztosítási díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre az vonatkozik. A Szerződő a biztosítás első díjának megfizetésére az első adatszolgáltatást követően – a Biztosító által kiállított díjbekérő ellenében, az ott megjelölt fizetési határidőben – köteles.**

- e) A díjfizetés kizárólag banki átutalással teljesíthető. A biztosítási díj akkor tekintendő megfizetettnek, amikor az a Biztosító erre rendszeresített számlájára, a Szerződésre egyértelműen azonosíthatóan, teljes egészében beérkezett.
- f) A Biztosítót a kockázatviselés teljes tartamára illeti meg a biztosítási díj.
- g) Az esedékes díjrészletnél magasabb összeg befizetésével többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A befizetett díjtöbbletet kamatmentes díjelőlegként kezeli a Biztosító, és a következő esedékes díjrészletbe beszámítja.
- h) Amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a Biztosító a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjesedékességet követő 30. napig áll fenn.
- i) A Biztosító a biztosítási díj részleges megfizetését nem fogadja el; a részlegesen megfizetett biztosítási díjat a Szerződő részére kamatmentesen visszautalja – a beérkezést követő 15 napon belül, és a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok szerint jár el.
- j) Biztosító jogosult a biztosított csoportok összetételének változása, az egészségügyi szolgáltatói díjak változása, vagy a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt a biztosítási díjat felülvizsgálni és a biztosítási évfordulót követő biztosítási időszakra módosítani. A Biztosító a Szerződőt díjmódosításra vonatkozó szándékáról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal értesíti.
- k) Amennyiben a Szerződő a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal a módosító javaslatra írásban nem nyilatkozik, akkor Biztosító a módosított díjtételű biztosítási szerződést tekinti érvényesnek. Amennyiben a Szerződő a módosító javaslatot a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.
- l) Ha a Szerződő a Biztosítónak nem a szerződés devizanemének megfelelő számlájára fizeti meg a biztosítási díjat, akkor a Biztosító számlavezető bankjának (MBH Bank Nyrt., székhely: 1056 Budapest, Váci utca 38., továbbiakban: Bank) mindenkor kondíciói szerint a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára kerül áthelyezésre az összeg. Az így jóváírt összeget tekinti a Biztosító befizetett díjnak. A téves befizetésekből eredő árfolyamkockázat, illetve többletköltség a Szerződőt terheli.
- m) A Szerződő a díj(ak)at egyedi átutalással forintban a Biztosító MBH Bank Nyrt.-nél vezetett 10300002-10315709-49020021 számú forint bankszámlájára – melynek IBAN kódja HU37 1030 0002 1031 5709 4902 0021 - fizetheti be. Az MBH Bank Nyrt. nemzetközi bankazonosító SWIFT kódja MKKBHUHB.
- n) Amennyiben a Szerződő nem a szerződés devizanemében kívánja fizetni a biztosítás díját, úgy az ebből származó árfolyamkockázat mérséklése érdekében a Biztosító a következők szerint állapítja meg a fizetendő díjat. Átutalás esetén a Szerződőnek az esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a Biztosító befizetés devizanemének megfelelő számlájára.

A fentiek ellenére fennmaradó árfolyamkockázat a Szerződőt terheli.

10.5. Elszámolás

- a) A Biztosítási szerződés éves elszámolású - kivéve, ha a Felek ettől eltérően állapodnak meg, azaz a Szerződő a biztosítási időszakra az annak kezdetekor megállapított biztosítási díjat fizeti meg az általa választott díjfizetési gyakoriságnak megfelelően a biztosítási időszak

során. Amennyiben a Biztosítási szerződést több biztosítási csoport tekintetében kötötték meg, a biztosítási díj biztosított csoportonként eltérő lehet.

- b) Az elszámolás további, részletes szabályait az ajánlati dokumentáció tartalmazza.
- c) A Biztosító a csoport életkori összetétele évközbeni változásának az elszámolás során történő érvényesítésétől eltekint.

10.6. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége

A Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján a Biztosító a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEKBEN meghatározott szolgáltatások közül a Szerződő által igényelt biztosítási fedezet(ek) tartalmának megfelelő szolgáltatásokat nyújtja a Biztosítottak részére, az ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEKBEN és a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEKBEN meghatározottak szerint. Amennyiben a Biztosítási szerződés lehetővé teszi, hogy a Biztosított több szolgáltatási csomag közül válasszon, a Biztosító a Biztosított által választott csomagba sorolt szolgáltatások tekintetében vállalja a kockázatot, illetve nyújt szolgáltatást.

10.7. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

- a) A Biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- b) A Biztosított a Biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni. Ennek megfelelően a betegség első orvosi diagnózisát követően, illetve balesetet követően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás végéig folytatnia kell. Továbbá gondoskodnia kell a megfelelő ápolásról és törekednie kell a további biztosítási esemény lehetőség szerinti elhárítására, illetve a bekövetkezett károk enyhítésére. Ha a Biztosított a kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt a Biztosított állapota súlyosbodott, a Biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól.
- c) A kárenyhítési kötelezettség szabályainak alkalmazása során nem tekinthető a Biztosító mentesülését eredményező oknak, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.
- d) Nem terheli a Biztosítottat állapotmegőrzési kötelezettség a biztosítási esemény bekövetkezése esetén.

10.8. Jognyilatkozatok érvényessége

Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályosak, ha azokat írásban nyújtották be, és azok a Biztosító 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület alatti címére vagy a 1476 Budapest, Pf.: 325. alatti postacímre beérkeztek. Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozatok érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást. Az elektronikusan benyújtott jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosítónak a csoportos@cig.eu e-mail címére beérkezett.

Azon jognyilatkozat, amely érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt írásban nyújtották be, és az a Biztosítóhoz

beérkezett a 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület alatti címre. Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást. Az elektronikusan benyújtott jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosító e-mail címére (elsősorban a csoportos@cig.eu e-mail címre) beérkezett.

11. A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése

11.1. Biztosítási esemény bejelentése

A Biztosított a biztosítási eseményt, illetve a biztosítási szolgáltatás iránti igényét az Ellátásszervezőn (Teladoc Hungary Kft.) keresztül a vonatkozó Különös Szerződési Feltételekben meghatározott módon és időben köteles bejelenteni a Biztosítónak.

11.2. A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- a) **A Biztosító a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződésben vállalt szolgáltatásokat – az igényelt biztosítási csomag(ok) tartalmától függően – az Általános és Különös Szerződési feltételeknek megfelelően nyújtja.**
- b) **A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior (a Biztosító által előre nem látható, elháríthatatlan külső akadály) kizárja vagy korlátozza a teljesítést, az akadály elhárultáig.**
- c) **Utólagos térítés: a Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi ellátás költségeit a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó csomagban szereplő fedezetek tekintetében, a csomagban szereplő limitek erejéig utólag megtéríti, amennyiben azt a vonatkozó biztosítási feltételek lehetővé teszik. A Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi ellátás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt (utólagos térítés) a számla keltét követő tizenöt (15) napon belül be kell jelenteni.**
- d) **Összegbiztosítási fedezetek tekintetében a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 munkanapon belül személyesen vagy írásban a Biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Amennyiben e bejelentés nem történik meg, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be. A teljesítéshez szükséges dokumentumok benyújtására a Biztosító – esetenkénti elbírálás alapján – haladékat adhat.**
- e) **A Biztosító 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:**
 - **kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összességében megállapította, vagy**
 - **indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási**

kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összességében nem állapította meg.

f) A Biztosító a pénzbeli szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges utolsó irat Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti. Amennyiben a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a felhívás megküldését követő 30. nap leteltével a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el. A Biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.

11.3. A Biztosító a szolgáltatás teljesítéséhez – a biztosítási esemény jellegétől függően – a következő iratokat kérheti:

- a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel, valamint a kórelőzményi 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 CT, MRI és röntgenfelvételek és azok vizsgálati eredményeit is, adott ellátásra vonatkozó (szak)orvosi beutaló és/vagy javaslat);
- a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok;
- azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak;
- idegennyelvű iratok esetén azok fordítása;
- utólagos térítés esetén a Biztosított nevére kiállított számla (szerződésszámának feltüntetésével), a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolata, valamint a Biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámát tartalmazó nyilatkozat (aláírással és dátummal ellátva),
- összegbiztosítási fedezetek esetén a Biztosító által kiadott szolgáltatási igénybejelentő,
- személyi igazolvány vagy más személyazonosításra alkalmas okmány, lakcímkártya lakcímet igazoló oldalának másolata.

A listában szereplő, Biztosító által bekért iratok beszerzésének költségei a Biztosítottat terhelik.

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

12. Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam, fedezetfeltöltés, reaktiválás

a) A Biztosítási szerződés nem rendelkezik maradékjogokkal. Kötvénykölcsönre, fedezetfeltöltésre, a szerződés díjmentes leszállítására, díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.

b) A Biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt, a biztosítás hozammal, illetve többlethozammal nem rendelkezik.

c) A megszűnt Biztosítási szerződés nem reaktiválható.

13. A Biztosító mentesülése

a) A Biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól,

- ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított, vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta;
- ha a Szerződő vagy a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi, kivéve azt az esetet, ha a Biztosított – az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve – az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá;
- A közlésre, illetve változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosított a csatlakozáskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

b) A Biztosító mentesülése esetén a Szerződőt a biztosítási díjból visszatérítés nem illeti meg.

14. Kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon eseményekre, vizsgálatokra, ellátásokra és beavatkozásokra, amelyek részben vagy egészben:

- a) összefüggésbe hozhatók a Biztosított által szándékosan, önmagának okozott kárral (abban az esetben sem, ha a Biztosított zavart tudatállapotban okozta azt); továbbá a pszichiátriai és pszichoterápiás ellátásokra; illetve azon orvosi ellátásokra, melyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása;
- b) a következőkből erednek: felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határvillongásban való részvétel;
- c) atomenergia, illetve ionizáló sugárzás hatásával összefüggésbe hozhatók;
- d) a Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkohol szint) állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következnek be; továbbá, alkohol- vagy kábítószer-fogyasztással összefüggésben elvégzett vizsgálatokra, kezelésekre; addiktológiai gondozásra;
- e) terhességgel vagy szüléssel kapcsolatos ellátásokra, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel (kivéve a terhesség megállapítására irányuló járóbeteg-ellátást), valamint a méhen kívüli terhesség ellátásával kapcsolatosak; továbbá a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok körében felmerülő (jogszabályból eredő) kötelező védőoltásokra és szűrésekre;
- f) a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következtek be;
- g) nem terjed ki továbbá a Biztosító kockázatviselése azon vizsgálatokra, beavatkozásokra, melyek igénybevétele nem az Ellátásszervezőn keresztül, vagy annak előzetes jóváhagyásával történt;

- h) szűrővizsgálatokra (ide nem értve a Különös Szerződési Feltételekben megjelölt éves prevenciós vizsgálatokat); védőoltások vakcinájának beszerzésére;**
- i) dialízis kezeléssel kapcsolatos ellátásokra, transzplantációra;**
- j) jogszabályban meghatározott nemkonvencionális (hagyományos) egészségjavító, egészségmegőrző eljárásokra, többek között akupunktúrára, természetgyógyászatra; alternatív gyógyászat által nyújtott kezelésre, wellness szolgáltatásokra, gyógypedagógiai, logopédiai ellátásra, fürdőkúrára, fogyókúrára, valamint ezekkel kapcsolatos ellátásokra, természetes gyógytényezők (pl. aromaterápia), fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatásokra; továbbá rehabilitációra, szanatóriumi kezelésekre, valamint infúziós kezelésekre és injekció terápiás sorozatokra (kivéve a helyi fájdalomcsillapítás céljából beadott injekciót);**
- k) kontaktlencse, dioptriás szemüveg/ napszemüveg felírásához kapcsolódó ellátásokra, hallókészülékre;**
- l) fogamzásgátlási céllal történő ellátásokra; valamint terhesség-megszakítással kapcsolatos ellátásokra (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit);**
- m) meddőség kivizsgálásával, kezelésével kapcsolatos ellátásokra;**
- n) mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos ellátásokra;**
- o) munkaegészségügyi, és egyéb alkalmassági vizsgálatokra; foglalkozás-egészségügyi szakellátásra, fogászati diagnosztika, szakellátásra; fogkezeléssel, fogászati problémával kapcsolatos szájszabészeti beavatkozásokra, fogszabályzásra;**
- p) ápolási otthonban történő ellátásokra; geriátriai kezelésre, gondozásra;**
- q) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott, továbbá ilyen személy által végzett kezelés miatt utóbb szükségessé vált orvosi vagy egyéb egészségügyi ellátásokra;**
- r) életveszély elhárítása céljából szükségessé vált kezelésekre; baleseti, természeti vagy egyéb katasztrófa miatti sürgős ellátásokra; járványügyi érdekből végzett ellátásokra; valamint intenzív betegellátásra**
- s) egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre;**
- t) onkológiai gondozásra, amennyiben a daganatos betegségek stádiumának és kiterjedtségének megállapítása (staging) az állapotfelmérő vizsgálatok alapján már megtörtént;**
- u) az alábbi fertőző betegségekkel összefüggő egészségügyi szolgáltatásokra: HIV-betegek gondozása, Hepatitis C betegek gondozása;**
- v) aneszteziológiai ellátásra (ide nem értve az egynapos sebészeti és az endoszkópiás beavatkozásokhoz kapcsolódó ellátásokat és a kórházi fekvőbeteg ellátáshoz kapcsolódó aneszteziológiát);**
- w) egynapos sebészet tekintetében azon vizsgálatokra, ellátásokra, melyet előíró orvosi javaslatot/beutalót nem szakrendelő orvosa állítja ki (a háziorvos által kiállított javaslatot/beutalót a Biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat); valamint fekvőbeteg ellátás tekintetében a kiemelt szintű (V.I.P.) egészségügyi ellátás (pl. egyágyas szoba) költségeire;**
- x) a következő beavatkozásokra: sterilisatio laparoscopica feminae, sterilisatio laparoscopica kapoccsal, sterilisatio laparoscopica gyűrűvel, sterilisatio laparoscopica monopol. elektródával, sterilisatio laparoscopica bipol. elektródával, extrauterin graviditas laparoscopos műtéte, laparoscopos embryo aspiratio salpingotomiából, terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel, terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel, méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal, interruptio Hegar tágítással, curettage-zsal, interruptio laminaria tágítással, gyógyszerrel végzett interruptio befejezése, szepészeti okból végzett plasztikai műtétek (kivéve az orvosi indokkal végzett plasztikai**

műtétek, illetve ezeket követő, maradványtünetek kezelésére irányuló korrekciós beavatkozások), orrsövényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások, sterilizáló műtétekre és annak következményeire; nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtétekre, szemkorrekciós műtétekre lézeres körömgomba-eltávolításra, visszérműtét bármilyen formája; illetve a visszer betegség injekciós kezelésére (scleroterápia), valamint bármilyen műtéti beavatkozásra (pre- és postoperatív szakaszaival együtt) hivatásos sportolók esetében, amennyiben a műtetre egyértelműen a sporttal összefüggésbe hozható sérülés miatt kerülne sor.

y) a következő diagnosztikai vizsgálatokra: széklet genomika teszt, IgG ételintolerancia teszt (FOOD teszt), hisztaminintolerancia teszt, FABER multiplex allergiavizsgálat, hajdiagnosztika, digitális dermatoscopia, kapszula endoszkópia, virtuális colonoscopia, CT-lézer mammográfia, sztereotaxiás biopszia, coronarografia;

z) a következő sporttevékenységekkel összefüggő eseményekre: búvárkodás légzőkészülékkel 40m alá, félkezes, illetve nyílt tengeren vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás, sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bungee jumping (mélybe ugrás), privat-/sportrepülés/repülősportok (pl. bázisugrás, műrepülés, ejtőernyős ugrás, paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, vitorlázó repülés, autó-motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó), go-kart, moto-cross, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival), quad.

aa) azon szolgáltatások, illetve térítések tekintetében, amelyek az ENSZ Biztonsági Tanácsa által vagy az Európai Unió által alkalmazott gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióba, és/vagy embargós rendelkezésébe ütköznek, továbbá ellentétesek bármely más, a jelen szerződő felekre alkalmazandó nemzeti jogszabállyal. E rendelkezés irányadó az Amerikai Egyesült Államok vagy egyéb ország gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióira és/vagy embargós rendelkezéseire is, amennyiben azok nem ellentétesek az Európai Unió vagy Magyarország jogszabályaival.

15. A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) határozott idejű Biztosítási szerződés esetén, meghosszabbítás hiányában - a határozott tartam utolsó napjának 24. órájával;
- b) a Szerződő jogutód nélküli megszűnésével - a megszűnés napjának 24. órájával;
- c) díjnemfizetés miatt a 10.4)h) pontban foglaltak szerint;
- d) amennyiben a Biztosítottak száma nullára csökken - az utolsó Biztosított kilépése hónapjának utolsó napján, 24 órakor;
- e) rendes felmondással, ha Szerződő vagy a Biztosító a határozatlan tartamú szerződést legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30 nappal írásban felmondja - biztosítási időszak végével;
- f) a Szerződő és a Biztosító közös megegyezésével – a közös megegyezésben jelölt napon, 24 órakor.

16. Adatkezelési tájékoztató

Az adatvédelemhez kapcsolódó rendelkezések az **Ügyféltájékoztató** részét képezik. A mindenkor hatályos adatkezelési tájékoztató a **Biztosító honlapján** érhető el (<https://www.cigpannonia.hu/adatvedelem>).

17. Panaszokkal kapcsolatos tájékoztató

A **Biztosító panaszkezelésére vonatkozó részletes rendelkezések az Ügyféltájékoztatóban** találhatóak.

18. Egyéb rendelkezések

- a) A Szerződő a biztosítás tartalmáról, a hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a Biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.
- b) A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 5 év.**
- c) A panaszkezeléssel kapcsolatos rendelkezések az Ügyféltájékoztató c. dokumentum 3. pontjában találhatóak meg.
- d) A Biztosító az Egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.
- e) Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért az Egészségügyi szolgáltató, és nem a Biztosító tartozik helytállni.
- f) Az Ellátásszervező partner a Biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhat. A Biztosító gondoskodik arról, hogy az ellátás megszervezése ebben az esetben továbbra is akadálytalanul megtörténjen. A módosításról a Biztosító annak hatályba lépését megelőzően legalább 60 nappal értesíti a Szerződőt, a Szerződő a hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatás tartalmáról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a hatálybalépést megelőzően legalább 15 nappal köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a helyben, szokásos módon.
- g) A jelen feltételek alapján létrejövő Biztosítási szerződés vonatkozásában a magyar jog rendelkezései az irányadók.
- h) A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.
- i) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.
- j) A szerződéssel kapcsolatos – postai úton megküldött – jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette, megkísérelte kézbesíteni, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekeltektől írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.
- k) A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről évente jelentést tesz közzé. A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentés a Biztosító honlapján (www.cigpannonia.hu) megtekinthető.**