



CIG PANNÓNIA
BIZTOSÍTÓ

PANNÓNIA ELIXÍR

csoportos

egészségbiztosítás

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	2
ÁLTALÁNOS SZOLGÁLTATÁSFINANSZÍROZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK.....	3
1) Általános rendelkezések.....	3
2) Biztosítási esemény.....	3
3) Fogalmak.....	3
4) A szerződés tartama, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak.....	7
5) A szerződés létrejötte.....	7
6) Kockázatviselés kezdete és a Biztosítottak csatlakozása.....	8
7) Közlési kötelezettség.....	9
8) Adatszolgáltatás.....	9
9) Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség.....	10
10) A biztosítás szolgáltatása.....	10
11) A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok.....	10
12) Várakozási idő.....	11
13) Díjfizetés.....	11
14) Elszámolás.....	13
15) Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam.....	13
16) A Biztosító mentesülése.....	13
17) Kockázatkizárások.....	13
18) Jognyilatkozatok, változás-bejelentési kötelezettség.....	16
19) A kockázatviselés megszűnése.....	16
20) A biztosítási szerződés megszűnése.....	16
21) Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók.....	17
22) Egyéb rendelkezések.....	28
23) A biztosító legfontosabb adatai.....	29

ÁLTALÁNOS SZOLGÁLTATÁSFINANASZÍROZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

1) Általános rendelkezések

- 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, továbbiakban: Biztosító) szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződéseire és biztosítási szerződéseinek ilyen jellegű kockázatot tartalmazó részeire (továbbiakban: biztosítás) alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.
- b) A szerződés nyelve magyar.

2) Biztosítási esemény

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

3) 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.

- a) **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.
- b) **Baleset:** az emberi szervezetet ért, a Biztosított akaratától függetlenül, egyszeri, és hirtelen bekövetkező külső behatás (mechanikai, elektromos vagy vegyi), amely sérülést, mérgezést, vagy más testi károsodást eredményez, mely 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.

- c) **Beavatkozás:** azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- d) **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.
- e) **Biztosítási csomag:** A biztosítási eseményeket, valamint a Biztosító szolgáltatását tartalmazó - a Szerződő által választott - biztosítási csomagok, az ajánlati dokumentációban kerülnek rögzítésre.
- f) **Biztosító:** az a jogi személy, amely – a biztosítási díj megfizetése ellenében – a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen feltételekben meghatározott esetekben, módon és mértékben egészségbiztosítási szolgáltatást nyújt.
- g) **Biztosított:** az a természetes személy, akit a Szerződő az általa meghatározott valamely biztosított csoport tagjaként megjelöl. A Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor 18 éves már elmúlt, de 70. életétévét még nem töltötte be. Az adott Biztosítottra vonatkozóan belépési kor a kockázatviselés kezdetének éve és a Biztosított születési évének különbsége. A Biztosított aktuális kora a belépési korból számítható: minden biztosítási évfordulón eggyel nő.
- h) **Diagnosztikai vizsgálat:** olyan orvosi eljárás, amely a Biztosított panaszának okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányul, de – önmagában – nem célja az állapot megváltoztatása.
- i) **Dietetikai tanácsadás:** megfelelő képesítéssel rendelkező szakember által végzett, egyénre szabott táplálkozási és ehhez kapcsolódó életmódtanácsadás.
- j) **Egészségügyi dokumentáció:** A Biztosított vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:
- a Biztosított személyazonosító adatait,
 - cselekvőképes Biztosított esetén az értesítendő személy, illetve gondnokság alatt álló Biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
 - a kórelőzményt, a kórtörténetet,
 - az első vizsgálat eredményét,
 - a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
 - az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
 - az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
 - a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
 - a Biztosított gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
 - a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
 - a Biztosítottnak, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
 - a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
 - minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a Biztosított gyógyulására befolyással lehet.
- Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:
- az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
 - a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
 - az ápolási dokumentációt,



- a képződiagnosztikus eljárások felvételeit, valamint a Biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit.
 - több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteggyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a Biztosítottnak át kell adni.
- k) **Egészségügyi ellátás:** a Biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.
- l) **Egészségügyi szolgáltatás:** a magyar egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, 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.
- m) **Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására (az erre jogosult magyar szerv vagy hatóság által kiadott működési engedély alapján) jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- n) **Ellátásszervező:** Az a jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet, 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: 1092 Budapest, Köztelek utca 6. I. épület, 2. emelet.).
- o) **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.
- p) **Fizioterápia:** A hatályos jogszabályok szerint megfelelő egészségügyi képzéssel rendelkező szakember által, fizikai energiákkal, hővel, elektromos energiával, mechanikai erővel végzett gyógykezelés.
- q) **Fekvőbeteg ellátás:** a Biztosított folyamatos kórházi benntartózkodása alatt végzett egészségügyi ellátás, mely lehet egynapos sebészet, vagy többnapos ellátás.
- a) **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.
- b) **Gyógytorna:** Gyógytornász végzettséggel rendelkező szakember által összeállított mozgásterápia, amely adekvátan illeszkedő ingersorozattal hoz létre funkciójavulást.
- c) **Házivizit:** a Biztosított heveny tünete, hirtelen fellépő egészségromlása miatt az otthonában történő orvosi ellátása az Ellátásszervező orvosának indikációja alapján és az Ellátásszervező szervezésében, melynél a bejelentés és a feltett kérdésekre adott válaszok alapján feltételezhető, hogy a biztosított otthonában, szakorvos bevonása nélkül megoldható a jelzett probléma és nem szükséges azonnali, késlekedés nélküli orvosi beavatkozás sem (a bejelentés

alapján a biztosított állapota nem igényel sürgősségi ellátást vagy azonnali mentőszállítást vagy nem terhességgel, esetleg szüléssel összefüggésben lépett fel a panasz).

- d) **Járóbeteg ellátás:** a Biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a Biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás.
- e) **Kedvezményezett:** a Biztosító minden szolgáltatására a Biztosított jogosult.
- f) **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.
- g) **Kórház:** Magyarországon a szakmai felügyeletek 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, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.
- h) **Laborvizsgálat:** emberi szövetrészeket és biológiai produktumok laboratóriumi körülmények közötti fizikai, kémiai, biológiai módszerekkel való vizsgálata a minták összetételének, biológiai aktivitásának és fertőzöttségének megállapítása céljából.
- i) **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.
- j) **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.
- k) **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.
- l) **Pszichiátriai konzultáció:** megfelelő orvosi végzettséggel rendelkező szakember által végzett mentális állapotfelmérés, kezelés.
- m) **Pszichológiai konzultáció:** megfelelő képesítéssel rendelkező szakember által végzett tanácsadás.
- n) **Szakorvos:** Érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófa-orvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.
- o) **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 (C.2.2 v) pont).
- p) **Sürgősségi fogászati ellátás:** a Biztosított balesete vagy hirtelen fellépő állapotromlása miatt igénybe vehető fogászati ellátás.

- q) **Szerződő:** a biztosítani kívánt csoportok egészségének megóvásában érdekelt természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet (a továbbiakban: személy), aki a biztosítási szerződést megkötöti és az érvényes jognyilatkozatokat teszi, a Biztosítottaknak tájékoztatást nyújt, és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.
- r) **Szűrővizsgálat:** minden olyan vizsgálat, melynek célja a tünetmentes Biztosított esetleg fennálló betegségeinek vagy kórmegelőző állapotának korai felismerése.
- s) **Területi hatály:** A Biztosító kockázatviselése Magyarország területén, a Magyarországon igénybe vehető egészségügyi ellátásokra, egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.

4) A szerződés tartama, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak

- a) A biztosítás a Szerződő és a Biztosító kölcsönös megállapodása szerint 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 biztosítás tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év.
- d) Jelen feltételek alapján létrejött egy éves határozott tartamú 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.

5) A szerződés létrejötte

- a) A jelen feltételekre történő hivatkozással megkötött biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának a Biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.
- b) A biztosítás akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – 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 kötve van.**
- d) Az ajánlat esetleges elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni.
- e) A biztosítási szerződés megkötését követően, a 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 Biztosító a Szerződőt

bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről, kötvény kibocsátásával.

- f) Ha a fedezetet igazoló dokumentum a Szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő 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 figyelmét a fedezetet igazoló dokumentum átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a 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. Az ügyfél 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 létrejött szerződést a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül (15 napon belül) kifogásolja,
 - a Biztosító felhívása ellenére az ajánlat hiányosságait nem pótolja és a Biztosító az ajánlatot elutasítja.
- 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 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) Kockázatviselés kezdete és a Biztosítottak csatlakozása

- e) A Biztosító kockázatviselése a Biztosítottnak a biztosítási szerződésbe való belépésének időpontjától függően:
- a biztosítási szerződés létrejöttkor megjelölt Biztosítottak tekintetében az ajánlat aláírását követő hónap első napjának 0 órájkor 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 felek 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 szerződésbe a tartam során újonnan belépő biztosítandó személyek esetében a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által Biztosítónak megküldött adatszolgáltatást követő hónap első napjának 0 órájkor kezdődik meg, feltéve, hogy a személyükre vonatkozó biztosítási díjat a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően halasztásban állapodtak meg.
- f) Az egyes Biztosítottak – amennyiben Felek ettől eltérően meg nem állapodnak - a Biztosított nyilatkozat kitöltésével kifejezetten hozzájárulnak a Szerződő és Biztosító között létrejött csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződés hatályának rájuk történő

kiterjesztéséhez, valamint személyes, egészségügyi adataik kezeléséhez és az egészségügyi adataikat kezelő intézmények, személyek orvosi titoktartási kötelezettség alóli felmentéséhez. A Biztosítottnak a nyilatkozatot a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. Kitöltött és aláírt nyilatkozat hiányában a Biztosító szolgáltatást nem teljesít. A Biztosított a biztosított jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását írásban bármikor visszavonhatja.

7) Közlési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.
- 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 Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- d) A közlésre 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 személyre vonatkozik és a közlési kötelezettség megsértése csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
- g) A közlésre 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.
- h) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést 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 napon 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 megtételekor 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.
- i) Ha a Biztosító a szerződéskötést vagy a további Biztosított(ak) tartam közbeni belépését követően szerez tudomást a szerződéskötéskor, illetve a további Biztosított(ak) belépésekor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében, illetve a további Biztosított(ak) belépésétől számított első 5 évben gyakorolhatja.

8) Adatszolgáltatás

- a) A Szerződő havi gyakorisággal módosíthatja a Biztosított listát.

- b) Az adatközlésben foglaltak a lejelentést követő hónap első napjával lépnek érvénybe, azaz az aktuális hónapra biztosított ki-, illetve beléptetést lejelenteni nem lehetséges.
- c) A Szerződő által a Biztosító felé küldendő, biztosított adatokat tartalmazó adatszolgáltatás részletes szabályait az Ajánlati dokumentáció tartalmazza.

9) 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 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. 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.

10) A biztosítás szolgáltatása

- a) A Biztosító a Szerződő és a Biztosító között létrejött biztosítási szerződés alapján – az igényelt biztosítási csomag(ok) tartalmától függően – a Különös Szerződési Feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja a Biztosítottak részére.

11) A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- a) A Biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes szerződés feltételeinek 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 csak járóbeteg-ellátás, labor- és diagnosztikai vizsgálatok keretében igénybe vett szolgáltatás esetén téríti meg, amennyiben az a vonatkozó biztosítási feltételek alapján téríthető.
- d) A Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi ellátás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt (utólagos térítés) a számla keltét követő tizenöt (15) napon belül be kell jelenteni.
- e) 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 kideríthetetlenül válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be. A teljesítéshez szükséges dokumentumok benyújtására a Biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékot adhat.

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.

g) **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 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) Várakozási idő

a) Valamennyi biztosítási szolgáltatás vonatkozásában a Biztosító a várakozási időtől eltekint.

13) Díjfizetés

a) A biztosítási díj a Biztosító szolgáltatásának ellenértéke, melynek megfizetése a Szerződő kötelezettsége. A Szerződő az általa megfizetett díjat részben vagy egészben átháríthatja a Biztosítottra.

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 többlétszolgáltatásra 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 (UniCredit Bank Hungary Zrt., székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 5-6., továbbiakban: Bank) mindenkorai 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 MKB Bank Nyrt.-nél vezetett **10300002-10315709-49020021 számú forint bankszámlájára** – melynek IBAN kódja HU37 1030 0002 1031 5709 4902 0021 - fizetheti be. Az MKB 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.

14) Elszámolás

- a) A szerződés éves elszámolású - kivéve, ha a Felek ettől eltérően állapodnak meg, azaz a Szerződő a biztosítási időszakra annak kezdetekor megállapított díjat fizeti meg (mely biztosított csoportonként eltérő lehet) az általa választott díjfizetési gyakoriságnak megfelelően a biztosítási időszak során.
- b) Az elszámolás további, részletes szabályait az ajánlati dokumentáció tartalmazza.

15) Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam

- a) A szerződés nem rendelkezik maradékjogokkal. Kötvénykölcsönre, a szerződés díjmentes leszállítására, valamint visszavásárlására nincs lehetőség.
- b) A Biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt, a biztosítás többlethozam-visszatérítéssel nem rendelkezik.

16) 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.
- b) Amennyiben a Biztosított kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt állapota súlyosbodott, a Biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásból eredő szolgáltatási kötelezettség alól.
- c) Jelen Szerződés egyéb rendelkezéseitől függetlenül, jelen biztosítási Szerződés abban az esetben jogosít szolgáltatásra vagy a Biztosító által teljesítendő bármely kifizetésre, amennyiben az nem ütközik az ENSZ Biztonsági Tanácsa által vagy az Európai Unió által alkalmazott gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióba, és/vagy embargós rendelkezésébe, továbbá nem ellentétes bármely más, a jelen szerződő felekre alkalmazandó nemzeti jogszabállyal. Ez a 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.
- d) A Biztosító mentesülése esetén a Szerződőt a biztosítási díjból semmilyen visszatérítés nem illeti meg.

17) Kockázatkizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki

- a) azon biztosítási eseményekre, melyek összefüggésbe hozhatók a Biztosított által szándékosan, önmagának okozott kárral (abban az esetben sem, ha a Biztosított zavart tudatállapotban okozta azt);
- b) azon biztosítási eseményekre, melyek 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) azon biztosítási eseményekre, melyek atomenergia, illetve ionizáló sugárzás hatásával összefüggésbe hozhatók;



- d) azon biztosítási eseményekre, melyek 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;
- 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 kapcsolatos beavatkozásokra;
- f) azon biztosítási eseményekre, melyek a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következtek be;
- g) azon vizsgálatokra, beavatkozásokra, melyek igénybevétele nem az Ellátásszervezőn keresztül, vagy annak előzetes jóváhagyásával történt;
- h) azon orvosi ellátásokra, melyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása;
- i) szűrővizsgálatokra (ide nem értve a Különös Szerződési Feltételekben megjelölt éves prevenciós vizsgálatokat);
- j) rehabilitációval, szanatóriumi kezelésekkel, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos ellátásokra;
- k) dialízis kezeléssel kapcsolatos ellátásokra;
- l) pszichiátriai és pszichoterápiás ellátásokra;
- m) jogszabályban meghatározott nem-konvencionális eljárásokra, többek között akupunktúrára, természetgyógyászatra;
- n) alternatív gyógyászat által nyújtott kezelésre, wellness szolgáltatásokra, gyógypedagógiai, logopédiai ellátásra, fürdőkúrára, fogyókúrára, természetes gyógytényezők, fürdő- és klímagyógyintézetek, gyógyhelyek által teljesített szolgáltatásokra;
- o) kontaktlencse, dioptriás szemüveg/ napszemüveg felírásához kapcsolódó ellátásokra;
- p) fogamzásgátlási céllal történő ellátásokra;
- q) terhesség-megszakítással kapcsolatos ellátásokra (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség megszakítások eseteit, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit);
- r) meddőség kivizsgálásával, kezelésével kapcsolatos ellátásokra;
- s) mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos ellátásokra;
- t) munkaegészségügyi, és egyéb alkalmassági vizsgálatokra;
- u) transzplantációra;
- v) sterilizáló műtetre és annak következményeire;
- w) nemi jelleg megváltoztatására irányuló műtetre;
- x) szemkorrekciós műtetre;
- y) hallókészülékre;
- z) alkohol- vagy kábítószer-fogyasztással összefüggésben elvégzett vizsgálatokra, kezelésekre;
- aa) védőoltások vakcinájának beszerzésére;
- bb) ápolási otthonban történő ellátásokra;
- cc) 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;
- dd) életveszély elhárítása céljából szükségessé vált kezelésekre;
- ee) egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenységre;

- ff) katasztrófa miatti ellátásokra;
- gg) járványügyi érdekből végzett ellátásokra;
- hh) addiktológiai gondozásra;
- ii) foglalkozás-egészségügyi szakellátásra;
- jj) fogászati diagnosztika, szakellátásra;
- kk) lézeres körömgomba-eltávolításra;
- ll) geriátriai kezelésre, gondozásra;
- mm) digitális dermatoscopyra;
- nn) visszér betegség injekciós kezelésére (scleroterápia);
- oo) intenzív betegellátásra;
- pp) klinikai onkológiai gondozásra;
- qq) HIV-betegek gondozására;
- rr) Hepatitis C betegek gondozására;
- ss) aneszteziológiai ellátásra (ide nem értve az egynapos sebészeti és az endoszkópiás beavatkozásokhoz kapcsolódó ellátásokat és a kórházi fekvőbeteg ellátáshoz kapcsolódó aneszteziológiát);
- tt) 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);
- uu) a következő beavatkozásokra: sterilisatio laparoscopica feminae, sterilisatio laparoscopia kapoccsal, sterilisatio laparoscopia gyűrűvel, sterilisatio laparoscopia monopol. elektródával, sterilisatio laparoscopia 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 tágitással, curettage-zsal, interruptio laminaria tágitással, gyógyszerrel végzett interruptio befejezése, meddőséggel kapcsolatos beavatkozások, művi megtermékenyítés, szépsészeti okból végzett plasztikai műtétek, orrsövényferdüléssel kapcsolatos beavatkozások, visszérműtét bármilyen formája;
- vv) fekvőbeteg ellátás tekintetében a kiemelt szintű (V.I.P.) egészségügyi ellátás (pl. egyágyas szoba) költségeire;
- ww) a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok körében felmerülő (jogszabályból eredő) kötelező védőoltásokra és szűrésekre;
- xx) a következő diagnosztikai vizsgálatokra: széklet genomika teszt, IgG ételintolerancia teszt (FOOD teszt), hisztaminintolerancia teszt, FABER multiplex allergiavizsgálat, hajdiagnosztika, kapszula endoszkópia, CT-lézer mammográfia, sztereotaxiás biopszia;
- yy) a következő sporttevékenységekkel összefüggő biztosítási 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), privát-/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.

18) Jognyilatkozatok, változás-bejelentési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított köteles személyi adatainak (pl. lakcímének) módosulását, továbbá a Biztosító kockázatvállalása szempontjából valamennyi lényeges körülmény változását 5 napon belül a Biztosítóhoz írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a szerződéskötéskor az ajánlatban, az egészségi nyilatkozatban és az orvosi vizsgálat során írásban kérdést tett fel.
- b) Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azokat írásban nyújtották be a Biztosítóhoz (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület). Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást.
- c) Minden jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosítóhoz (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület) beérkezett.
- d) 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 változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- f) Ha a szerződés több személyre vonatkozik és a változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a változásbejelentési kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
- g) A változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosítottat. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a bejelentésre köteles lett volna.

19) A kockázatviselés megszűnése

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik

- a) amennyiben a szerződés megszűnik - a szerződés megszűnése napjának 24. órájában;
- b) amennyiben adott Biztosítottnak a Szerződésbe bevont csoportokhoz való tartozása megszűnik (többek között: kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjbavonulás miatt) - a csoporthoz való tartozás megszűnésének hónapjával, a hónap utolsó napjának 24. órájában;
- c) a maximális biztosított kor betöltésével - annak a naptári évnek az utolsó napjával (a nap 24. órájával), amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életévet;
- d) a Biztosított halálával – a halál időpontjával.

20) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) meghosszabbítás hiányában - a határozott tartam utolsó napjának 24. órájával;
- b) a Szerződő jogutód nélküli megszűnésével - a megszűnés napjának 24. órájával;
- c) díj nemfizetés miatt a 13)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.

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

Adatvédelmi tájékoztató

a) A biztosító adatkezelésének jogalapja, a kezelt adatok köre

A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet. Ezen céltól eltérő adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

- aa) Az Ön személyes adatait a biztosító a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezeli. A kezelt adatok köre kiterjed az ajánlat megtétele és annak esetleges kiegészítése során, vagy a szerződés teljesítése érdekében megadott személyes adatokra. {„a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet)” címet viselő, az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 rendelete (GDPR) alapján: GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pont (adatkezelés szerződés teljesítéséhez szükségességének esete)}
- ab) A személyes adatok egy részét a biztosító jogszabályi kötelezettség teljesítése érdekében kezeli. Ilyen adatok szükségesek az adóigazolás kiállításához, a pénzmosási elleni intézkedések keretében szükséges kötelezettség teljesítéséhez. Ezen adatok a biztosítási szerződés teljesítéséhez, annak pénzügyi nyilvántartásához, illetőleg az okmánymásolási kötelezettség teljesítéséhez kapcsolódnak. Ezen személyes adatok köre nem terjed túl a biztosítónak a szerződés teljesítése során kezelt adatok körén. (GDPR 6. cikk c.) pontja)
- ac) Előfordulhat, hogy egyes személyes adatok kezelésére a biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése alapján kerül sor. Ilyen személyes adatok kezelésére kerülhet sor a károkozóval szembeni igényérvényesítés és más hasonló követeléskezelés során. Az ilyenkor kezelt adatok köre megegyezik a biztosító szerződés teljesítése érdekében szükséges adatkezelés során felsorolt adatok körével.(GDPR 6. cikk f.) pontja)
- ad) Egyes szerződések, vagy jogszabályi kötelezettségek teljesítése kapcsán a biztosító az Ön hozzájárulásával kezeli a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatokat. Ilyen személyes adatokat az egészségügyi adatok, amelyek ismerete az egészségi állapothoz kötött élet, baleset, betegség és felelősség biztosítások, továbbá személyi sérüléssel járó káresemények rendezése kapcsán nélkülözhetetlen.

Ön az ad) pontban jelzett esetben a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatainak kezelését megtilthatja, azonban ez a biztosító teljesítésének elmaradásával járhat.

b) Az adatkezelő adatai és felügyeleti hatóságai

Adatkezelő: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. / CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület)

A Biztosító, mint Adatkezelő képviselőjének, továbbá az adatvédelmi tisztviselőnek a neve és elérhetősége a Biztosító honlapján és az Ügyfélszolgálaton kifüggesztve található. Ezen információkról Ügyfeleink a függő biztosításközvetítő ügynök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódhatnak.

Tevékenységi központ: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület, akkor is, ha a biztosító a határon átnyúlóan végzett tevékenysége kertén belül kezel személyes adatokat.

Felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank (címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; telefonszáma: +36 80 203 776, fax száma: +36 1 489 9102; Email: ugyfelszolgalat@mnbb.hu; levélcíme: 1534 Budapest, BKKP Postafiók: 777.; <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/biztositasok>)

Felügyeleti hatóság (adatvédelemmel kapcsolatban): Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11., levelezési címe: 1374 Budapest, Pf.: 603.; elérhetősége: Telefonon: +36 1 391 1400, fax: +36 (1) 391-1410; E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu; URL <http://naih.hu>)

c) Az egyes adatkezelési műveletek és adatfeldolgozók

Az adatfeldolgozók a biztosító megbízásából, a tőle kapott utasításoknak és céloknak megfelelően a személyes adatokkal kapcsolatos technikai műveletek elvégzésére jogosultak, amelynek során a személyes adatokról döntést nem hozhatnak. Az egyes adatfeldolgozók azonosító adatait, a részükre átadott adatok körét és az elvégzett technikai műveletek felsorolását a biztosító naprakészen a honlapján hozza nyilvánosságra és teszi bárki által elérhetővé. Az adatfeldolgozók személye a szerződés fennállása alatt változhat.

d) A biztosításközvetítők szerepe

A függő biztosításközvetítő adatkezelésére a biztosítóra irányadó rendelkezések vonatkoznak azzal a korlátozással, hogy azon személyes adatokat jogosultak kezelni, amelyek a szerződés létrehozása és fenntartása, továbbá a díjazásuk jogosultságának megállapításához szükségesek. A független biztosításközvetítő önálló adatkezelő, aki a biztosítási szerződés létrejötte érdekében továbbítja az ügyfelek személyes adatait a biztosító részére. A független biztosításközvetítőtől érkező személyes adatokat a biztosító a szerződés létrejötte esetén önálló adatkezelőként kezeli.

e) Az érintettek személyes adataik kezelésével kapcsolatos jogai**Tájékoztatáshoz való jog**

Személyes adatainak kezelésével kapcsolatban, szóban, vagy írásban tájékoztatást kérhet a szerződéses kapcsolat létrejöttét megelőzően, ennek hiányában személyes adatai megadásakor. A tájékoztatásra vonatkozó kérelmet a biztosító a személyes adatok felvételekor, vagy egyéb esetekben annak benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, de legfeljebb 25 napon belül elbírálja és a döntésről az érintettet írásban, vagy ha az érintett a kérelmet Elektronikus úton nyújtotta be, Elektronikus úton értesíti. A szóbeli tájékoztatás feltétele a személyazonosság és a tájékoztatáshoz való jogosultság előzetes megállapítása.

Hozzáférési jog

A biztosító a személyes adatok kezeléséről szóló általános tájékoztatását a honlapon hozza nyilvánosságra.

Az egyes személyes adatok kezeléséről, a kezelt adatokról a biztosító az érintett írásbeli, vagy szóbeli megkeresése alapján nyújt tájékoztatását.

Helyesbítéshez való jog

Kérheti az adatainak helyesbítését, hiányos adatainak kiegészítését. A kérelemnek teljesítéséhez a biztosító az érintettől okiratot kérhet be, amelynek adatai alapján a helyesbítést vagy kiegészítést haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül elvégzi.

A személyes adatok pontosításáról a biztosító írásbeli értesítést küld az érintett számára.

A törléshez (elfeledéshez) való jog

A biztosító az Adatvédelmi rendeletben meghatározott okokból haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törli az érintett személyes adatait. Ilyen okok állnak fenn, ha

- a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtötték vagy más módon kezelték;
- az érintett visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja;
- az érintett tiltakozik az adatkezelése ellen, és nincs elsőbbséget élvező jogszerű ok az adatkezelésre, vagy az érintett személyes adatainak kezelésére közvetlen üzletszerzés céljából, valamint ehhez kapcsolódó profilalkotás miatt került sor,
- az érintett személyes adatait a biztosító jogellenesen kezeli, vagy kezelte;
- a személyes adatokat az adatkezelőre alkalmazandó uniós vagy tagállami jogban előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell;
- a személyes adatok gyűjtésére az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások kínálásával kapcsolatosan került sor.

Amennyiben az adatkezelés kizárólag az érintett hozzájárulásán alapul, akkor az érintett kérésére a biztosító köteles haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törölni az érintett személyes adatait.

Amennyiben a biztosított visszavonja az egészségügyi adatai kezelésének jogalapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja, a biztosító az Adatvédelmi rendeletben meghatározottak szerint haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törli a biztosított egészségügyi adatait. A visszavonás következtében a szerződés, amennyiben bármely szolgáltatására vonatkozó kárigény elbírálásához a biztosított egészségügyi adatainak kezelése elengedhetetlen, a visszavonást követő hónap utolsó napján megszűnik az aktuális visszavásárlási érték kifizetésével.

Egyes esetekben, ha az érintett személyes adatainak kezelése kizárólag a biztosítónak a törvényben meghatározott feladatainak ellátásához feltétlenül szükséges és az érintett a személyes adatok kezeléséhez kifejezett hozzájárulásán alapul, akkor ezen hozzájárulás visszavonása esetén a biztosító a személyes adatokat akkor kezelheti tovább, ha jogos érdekét érdekmérlegelési teszt alátámasztja.

A személyes adatok törléséről a biztosító írásbeli értesítést küld az érintett számára.

Az adatkezelés korlátozásához való jog

Kérheti az adatkezelés korlátozását, ha

- vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely
- lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát;
- az adatkezelés jogellenes, azonban ellenzi az adatok törlését, és helyette kéri azok felhasználásának korlátozását;
- a biztosítónak már nincs szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de az érintett igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy
- az érintett a biztosító jogos érdekből történő adatkezelése ellen tiltakozott; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy az adatkezelő jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az érintett jogos indokaival szemben.

Amennyiben az adatkezelés korlátozás alá esik, az ilyen személyes adatokat a tárolás kivételével csak az érintett hozzájárulásával, vagy jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez, vagy más természetes vagy jogi személy jogainak védelme érdekében, vagy az Unió, illetve valamely tagállam fontos közérdekéből lehet kezelni.

Adathordozhatósághoz való jog

Az érintett jogosult arra, hogy a rá vonatkozó és a biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja, továbbá jogosult arra, hogy a biztosítóval ezeket az adatokat közvetlenül egy másik adatkezelőnek továbbítsa. Az adattovábbítás feltétele, hogy a biztosító az érintett személyes adatait a hozzájárulása alapján kezeli, vagy az adatkezelés szerződésen alapul és az adatkezelés automatizált módon történik.

Az adathordozhatósághoz való jog nem érintheti hátrányosan mások jogait és szabadságait.

A tiltakozáshoz való jog

Az érintett jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon személyes adatainak a biztosító, adatfeldolgozója, vagy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges okból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is. Ebben az esetben a biztosító a személyes adatokat nem kezelheti tovább, kivéve, ha bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az érintett érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.

Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, az érintett jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon a rá vonatkozó személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az a közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik. Amennyiben az érintett tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetőségei:

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 9-11.

Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9

Telefon: +36 1 391 1400

Telefax: +36 1 391 1410

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Web: naih.hu

Bírósági jogorvoslathoz való jog

Az érintett az adatkezelő, illetve – az adatfeldolgozó tevékenységi körébe tartozó adatkezelési műveletekkel összefüggésben – az adatfeldolgozó ellen bírósághoz fordulhat abban, ha megítélése szerint az adatkezelő illetve az általa megbízott vagy rendelkezése alapján eljáró adatfeldolgozó a személyes adatait a személyes adatok kezelésére vonatkozó, jogszabályban vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusában meghatározott előírások megsértésével kezeli. A pert az érintett – választása szerint – a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes törvényszék előtt is megindíthatja.

A biztosítási titokkal kapcsolatos rendelkezések

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni az ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, az állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet.

A fenti céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító és a viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A biztosító vagy viszontbiztosító, saját, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat a Bit.-ben meghatározott eseteket kivéve, csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha

- a biztosító vagy viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a Bit. alapján titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- továbbá a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a Hpt-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját,
- f) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,

- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítővel,
- q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásnak részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval,
- t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár- megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,
- v) a Gfbt. szerinti e-kárbejelentő felületen megadott adatoknak a kárbejelentő alkalmazás működtetése, a biztosítási eseményhez kapcsolódó, szükséges információk begyűjtése és a biztosítók részére kárrendezés céljából történő továbbítása tekintetében a MABISZ-szal szemben,

ha a Bit 138. § a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a Bit 138. § p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító vagy a viszontbiztosító, a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel vissza-éléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító, az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

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

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmus finanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben,

- ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban adatalany) ahhoz írásban hozzájárult
- ha az adatalany hozzájárulásának hiányában az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

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

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

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás

végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

A biztosító (a Bit. 149. §-nak alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a Bit. 149. §-nak alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a Bit. 135. § (I) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a Bit. 149. § (3)–(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került. A megkeresés során a biztosító a Bit.-nek az alábbi, 149 - 151. § rendelkezéseit köteles betartani.

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

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

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

(4) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3.-9., és 14.-18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

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

- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (5) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 10-13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
- a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a (4) bekezdés b)–e) pontjában meghatározott adatokat;
 - c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
 - e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.
- (6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:
- a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
 - b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.
- (7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
- (8) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
- (10) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

- (11) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.
- (12) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a (8)-(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- (13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (14) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.
150. § (1) A biztosítók – a Bit. 1. melléklet A) rész 3-6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza
- a) a szerződő személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
 - c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és
 - d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.
- (2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő 30 napon belül továbbítja az Adatbázisba.
- (3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.
- (4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat 8 napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.
- (5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.
- (6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandóak.
- (7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.
- (8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt

- egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.
 - (10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.
 - (11) Biztosítási szerződés létrejötte esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.
 - (12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
 - (13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
 - (14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
 - (15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az (1) bekezdésben meghatározott célból kezelheti.
 - (16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít.
151. § (1) A 150. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 150. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő biztosítók megállapodást megelőző piaci részesedés szerint számított kétharmada megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.
- (2) Az adatbázis létrehozásának további feltétele, hogy az Adatbázisba adatot szolgáltató biztosítók az Adatbázisba továbbított adatok továbbításának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák.”

22) Egyéb rendelkezések

- a) A Szerződő a biztosítás tartalmáról, a hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottat köteles tájékoztatni.
- b) **A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 5 év.**
- c) A Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó, továbbá jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő elsőfokon a CIG Pannónia Életbiztosító

Nyrt. Ügyfélszolgálati Irodájához (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület., telefon: +36-1-5-100-200, e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu) fordulhat.

Ha a Szerződő fordul panasszal a Biztosítóhoz és a panasz megválaszolása során szükséges a Biztosított egészségi adatait feltüntetni a válaszban, akkor a Biztosító a panaszt közvetlenül a Biztosítottnak válaszolja meg, feltéve, hogy a Biztosított elérhetőségét a panasz tartalmazza. Ilyen panaszok esetén a Szerződő köteles az érintett Biztosított elérhetőségét a panaszban feltüntetni.

A Biztosító felett a szakmai felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1534 Budapest BKKP Postafiók 777.) gyakorolja.

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

- Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központja (székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., honlapja: <http://www.mnb.hu/fogyasztovedelem>, levelezési címe: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777., telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- Pénzügyi Békéltető Testület (a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén, székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9., honlapja: <http://www.mnb.hu/bekeltetes>, levelezési címe: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., telefon: 06-80-203-776, e-mail: pbt@mnb.hu);
- a szerződési feltételekben megjelölt bíróság.

A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a Biztosító székhelyén megtalálható Ügyfélszolgálati Irodában, valamint a www.cigpannonia.hu honlapon közzétett Panaszkezelési Szabályzatból.

- 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) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország joga.
- g) A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.
- h) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Pp. 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.
- i) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, 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.
- j) A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről köteles évente jelentést közzétenni. A biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentést a honlapján (www.cigpannonia.hu) teszi közzé.
- k) A Biztosító a biztosítási termékre vonatkozóan tanácsadást nem nyújt.

23) A biztosító legfontosabb adatai

Név: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Tevékenység: a biztosító biztosítási tevékenységet végez

Székhely: Magyarország, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület

Levelezési cím: 1476 Budapest, Pf. 325.

Forint bankszámlaszám: 10300002-10315709-49020021

(IBAN: HU37 1030 0002 1031 5709 4902 0021)

Euró bankszámlaszám: 10300002-10315709-48820055

(IBAN: HU02 1030 0002 1031 5709 4882 0055)

Számlavezető bank neve (és SWIFT kódja): MKB Bank Nyrt. (MKKBHUHB)

A Biztosító jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság

Cégjegyzékszám: 01-10-045857

Társaságunk a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságánál van nyilvántartva.