



A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételei

Ügyfél-tájékoztató és biztosítási szerződési feltételei

1. Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási általános szerződési feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Általános Feltételek csak a Különös Feltételekkel együtt érvényesek.

A jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános szerződési feltételek alapján létrejövő szerződés nem fogyasztói szerződés.

2. A biztosításban résztvevő személyek

2.1. **Biztosító:** az a jogi személy, amely a – a biztosítási díj megfizetése fejében – a biztosítási kockázatot viseli és a jelen általános, valamint a Különös Feltételekben meghatározott esetekben, módon és mértékben élet-, baleset- és egészségbiztosítási szolgáltatást nyújt. 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.

Jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság

Céggjegyzékszám: 01-10-045857

A Biztosító a Fővárosi Bíróságnál mint Cégbíróságnál került bejegyzésre. Az Ügyfélszolgálat elektronikus címe: ugyfelszolgalat@ciq.eu. Internetes cím: www.cigpannonia.hu

2.2. **Szerződő:** a biztosítani kívánt csoportok biztonságának megóvásában érdekelt személy, aki a biztosítási szerződést megkötí és a biztosítás tartama alatt a díjfizetést teljesíti.

2.3. **Biztosított:** az a szerződő által meghatározott csoport tagja, amely csoportnak természetes személy tagjaira a biztosítási szerződés létrejött.

2.3.1. **Csoport:** a biztosított csoport a jelen Általános Feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben foglaltak szerinti azonos foglalkozású vagy tevékenységű, vagy más csoportképző ismérv alapján meghatározott személyekből áll.



- 2.4. **Kedvezményezett:** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. A szerződésben kedvezményezett lehet a biztosított, a szerződő vagy a szerződésben megnevezett más személy(ek). Ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen, úgy
- 2.4.1. a biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított,
- 2.4.2. a biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított örököse.

3. Fogalmak

- 3.1. **Biztosítási tartam:** a kötvényben rögzített időszak, amely alatt a Biztosító kockázatban áll.
- 3.2. **Betegség:** az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és objektív tüneteket mutat.
- 3.3. **Foglalkozási betegség:** az a betegség, amely a biztosított foglalkozásának különös veszélye folytán keletkezett.
- 3.4. **Baleset:** a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal, vagy 2 éven belül végleges munkaképtelenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot), és/vagy azonnali múltékony sérülést szenved.
- 3.4.1. Jelen Általános Feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:
- vízbefúlás,
 - égési sérülések, leforrázás, villámcsapás, elektromos áram hatásai,
 - károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése.
- 3.4.2. Jelen Általános Feltételekben nem minősül balesetnek a rándulás, megemelés, habituális ficam, patológiás törés, nem balesettel összefüggő fertőzés, rovarcsípés, fagyás, napszúrás, nap általi égés, hóguta, madárinfluenza, porckorong sérülés, sérv, agyvérzés, gyermekbénulás, kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és agyvelőgyulladás, veszettség, tetanuszfertőzés.
- 3.4.3. A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezése nem tekinthető baleseti következménynek.
- 3.5. **Munkahelyi baleset:** az a baleset, amely a biztosítottat a szerződő által meghatározott, az ajánlaton megjelölt és a díjszabás alapjául vett tevékenysége (foglalkozása körében végzett munka vagy díjazásért végzett sporttevékenység, vagy más díjazásért végzett tevékenység) során, a tevékenység végzésének a munkáltató által kijelölt helyszínén érő, a társadalombiztosítási jogszabályok szerint baleseti ellátásra jogosító baleset, kivéve a foglalkozási betegségeket.



- 3.5.1. A szerződő felek külön megállapodása alapján munkahelyi baleset fogalma kiterjeszthető a biztosítottat a lakóhelyéről a munkahelyére és a munkahelyéről közvetlenül a lakóhelyére vezető – megszakítás nélküli legrövidebb – úton érő balesetre is.
- 3.6. **Közlekedési baleset:** az a baleset, amely a biztosítottat a közúti közlekedés szabályairól szóló 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet hatálya alá tartozó közlekedés során – gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasként, mozgás, elindulás vagy megállás közben levő jármű hatására – gépjárművel közvetlen okozati összefüggésben bekövetkező esemény során éri.
- 3.6.1. Nem minősül közlekedési balesetnek a gyalogost vagy kerékpárost érő olyan baleset, amelyben gépjármű közlekedése nem hatott közre.
Gépjármű: olyan jármű, amelyet beépített erőgép hajt. A mezőgazdasági vontató, a lassú jármű, a segédmotoros kerékpár és a villamos nem minősül gépjárműnek.
- 3.7. **Szabadidős baleset:** minden olyan baleset, amely nem tekinthető munkahelyi balesetnek, valamint nem díjazásért folytatott tevékenység, vagy nem díjazás ellenében folytatott sporttevékenység során következik be. A tevékenység, sport akkor tekintendő díjazásért végzettnek, ha a biztosított a költségeken felül javadalmazásban részesül.
- 3.8. **Műtét:** minden olyan – orvos által – orvosszakmai szempontok szerint Magyarország területén végzett sebészeti beavatkozás, ahol az adott kórképet nemzetközi kódrendszerrel azonosították (WHO-kód) és amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás céljából hajtottak végre. A műtétek kis-, közepes-, nagy- és kiemelt műtét kategóriákba besorolását jelen Általános Feltételek 1-4. számú mellékletei tartalmazzák. A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának részletes listája a Biztosítónál tekinthető meg.
- 3.8.1. Jelen Általános Feltételek alkalmazása szempontjából nem minősül műtétnek:
- a degeneratív jellegű, ortopéd típusú megbetegedések kezelése;
 - kizárólag a bőrt, bőr alatti kötőszövetet ért sérüléseket követő olyan beavatkozás, amely sebkimetszésből, bőrvarratból áll;
 - a sérült fogak eltávolítása;
 - a szövetelhalással nem járó és műtéti megoldást nem igénylő égési, fagyásos sérülések kezelése;
 - a csőtükrözéssel végzett ízületi diagnosztikus és terápiás beavatkozás (arthroscopia), ha ezen beavatkozást műtéti feltárás nem követi.
- 3.8.2. Jelen feltételek értelmében nem jár műtéti térítés, ha a sérülés ellátására ambuláns módon vagy egy napos kórházi tartózkodás formájában kerül sor.
- 3.8.3. A műtéti térítés jelen feltételek 1-4. számú mellékleteiben foglalt csoportjaiba nem tartoznak bele (azaz nem minősülnek biztosítási eseménynek) azok az egyéb kórképek, melyek miatt végzett műtétek nincsenek közvetlen okozati összefüggésben az adott baleseti eseménnyel vagy betegséggel.



- 3.9. **Kórház:** az egészségügyi hatóság szakmai felügyelete által engedélyezett, fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Ezek lehetnek:
- kórházak, klinikák,
 - üzemi kórházak,
 - a fegyveres testületek kórházai,
 - minden olyan, az erre jogosult egészségügyi hatóság által elismert egyéb gyógyintézmény, ahová az orvos a biztosítottat beutalja.
- 3.9.1. Jelen Általános Feltételek alapján létrejövő szerződések szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban fekvőbeteg ellátást végeznek – különösen:
- a szanatóriumok, rehabilitációsintézetek,
 - gyógyfürdők, gyógyüdülők, fürdő- és egyébgyógyintézetek, utógondozó szanatóriumok,
 - ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei,
 - geriátriai, „krónikus” intézetek, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, szociális otthonok,
 - alkohol- és kábítószer elvonóintézmények,
 - az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei illetve
 - kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesül.

4. A szerződés létrejötte

- 4.1. A biztosítási szerződés a szerződő ajánlatának a Biztosító részéről történő elfogadásával írásban jön létre.
- 4.2. Amennyiben a biztosítási szerződés távollévők között jön létre (távértékesítés), az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát a biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Ebben az esetben a biztosítási szerződés a kötvény szerződő (biztosított) általi kézhezvételének napján jön létre, és a 6. pontban meghatározott kockázatviselési kezdettel lép hatályba.
- 4.3. A távértékesítés keretében kötött szerződést a szerződő a kötvény kézhezvételének napjától számított 14 napon belül Indoklás nélkül, azonnali hatállyal felmondhatja. A biztosítási szerződés azon a napon szűnik meg, amikor az írásbeli felmondó nyilatkozat a Biztosító megadott címére beérkezik. Amennyiben a szerződő a fentiek szerinti felmondási jogát gyakorolja, a Biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően a szerződés megszűnésének időpontjáig tartó kockázatviselés időarányos ellenértékét jogosult követelni. A szerződés fentiek szerinti felmondása esetén a Biztosító köteles a díj arányos ellenértékét meghaladó részt a felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően, de legkésőbb 30 napon belül a szerződő részére visszatéríteni.



- 4.4. 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. A biztosítási szerződés létrejöttéről a Biztosító kötvényt bocsát ki.
- 4.5. A biztosítás akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra 15 napon belül nem nyilatkozik.
- 4.6. Az ajánlat esetleges elutasítását a Biztosító nem köteles megindokolni.
- 4.7. A szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződést nem a biztosított köti meg – a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 4.8. Jelen Általános Feltételek alapján Létrejövő Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződés részét képezi a szerződőnek azon - a szerződő telephelyén nyilvántartott és a Biztosítónak átadott - dokumentációja, amely tartalmazza a biztosítottak személyi adatait, a biztosítási szerződés megkötéséhez adott hozzájáruló nyilatkozatait – így különösen a biztosítás megkötéséhez adott hozzájáruló, a kedvezményezett jelölő, valamint a biztosítás vonatkozásában az orvosi titoktartás alól adott felmentő nyilatkozatokat.

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

- 5.1. A biztosítás a szerződő és a Biztosító kölcsönös megállapodása szerint határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.
- 5.2. A biztosítási évforduló a Biztosító által a kötvényen feltüntetett időpont, mely a biztosítás tartamán belül, minden naptári évben a kockázatviselés kezdetét követő hónap első napja szerinti naptári napnak felel meg.
- 5.3. A biztosítási időszak a biztosítás tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év.
- 5.4. A felek erre irányuló külön megállapodásával
 - 5.4.1. a szerződés egy évnél rövidebb, határozott tartamra is létrejöhet, vagy
 - 5.4.2. a naptári évtől eltérő biztosítási év a naptári évhez igazítható.
- 5.5. Jelen Általános Feltételek alapján létrejött egy éves tartamú biztosítási szerződés további egy évvel változatlan feltételekkel automatikusan meghosszabbodik akkor, ha a szerződést a tartam lejáratára előtt legkésőbb 30 nappal a szerződő felek bármelyike írásbeli nyilatkozatban fel nem mondja, és a meghosszabbításakor esedékes biztosítási díjat a szerződő annak esedékességekor befizeti. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.



6. A kockázatviselés kezdete

- 6.1. A Biztosító kockázatviselése a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe való belépésének időpontjától függően:
- 6.1.1. a biztosítási szerződés létrejöttkor megjelölt biztosítottak tekintetében az ajánlat aláírását követő nap 0 órájakor 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.
- 6.1.2. A biztosítási szerződésbe a tartam során újonnan belépő biztosítandó személyek esetében a Biztosító kockázatviselése a belépést követő nap 0 órákor kezdődik meg, feltéve, hogy a személyükre vonatkozó biztosítási díjat a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően halasztásban állapodtak meg.
- 6.2. Azon csoportos biztosítási szerződések esetén, ahol a biztosítottak nem név szerint megnevezett személyek az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés a biztosítottnak a biztosított csoporthoz való csatlakozásának időpontjában kezdődik amennyiben az a szerződés hatályba lépésénél későbbi időpont, így különösen:
- rendezvények biztosítása esetén a rendezvényre való belépés időpontja,
 - járművek utasainak biztosítása esetén a járműre való felszállás időpontja.
- 6.3. A csoportos biztosításba a tartam alatt újonnan bejelentett, a bejelentéskor keresőképtelen állományban lévő biztosított tekintetében a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn. A felek ettől eltérően is megállapodhatnak.
- 6.4. A csoportos szerződésekbe új biztosítottat a szerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő a szerződésben meghatározott módon köteles a Biztosítónak bejelenteni, az új belépők után járó biztosítási díjat megfizetni.
- 6.5. A biztosított csoportból kilépő biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csoportból való kilépés napján 24 órákor véget ér, a Biztosítóval szemben támasztható minden igény nélkül.
- 6.6. A Biztosító jogosult a biztosított csoport valamennyi tagja vonatkozásában a szerződés megkötésekor, illetve új biztosított személynek a csoportba történő bevonásakor a biztosítási védelem kiterjesztése előtt egészségi nyilatkozat kitöltését és/vagy orvosi vizsgálatot előírni.
- 6.7. A Biztosító jogosult az egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat eredményétől függően a biztosítási védelem kiterjesztését a csoport egyes tagjaira teljes egészében, vagy csak bizonyos szolgáltatásokra vonatkozóan korlátozni, visszautasítani, illetve a korábban megállapított díjat módosítani.



7. Területi és időbeli hatály

- 7.1. A biztosítás annak tartamán belül bárhol, bármikor bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki, azzal a mindenkor érvényes kikötéssel, hogy a biztosítási eseményhez vezető balesetnek is a kockázatviselés tartama alatt kell megtörténnie. A felek közös megállapodással ennél mind területi, mind időbeli értelemben szűkebb körben is megállapodhatnak.
- 7.2. A felek megállapodhatnak a balesetbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozó biztosítási védelemnek kifejezetten csak a munkahelyi balesetekre történő korlátozásában (munkahelyi balesetek biztosítása).

8. A biztosítási díj

- 8.1. A Biztosító a biztosítási díjat a biztosított életkorának, egészségi állapotának, tevékenységeinek, a biztosítás tartamának, a szolgáltatások összegének, a kockázatok terjedelmének, valamint a biztosítottak létszámának figyelembevételével határozza meg. Amennyiben a szerződő egyidejűleg több különböző tevékenységet végez, a Biztosító a díjat a nagyobb veszélyességű tevékenység alapján állapítja meg.
 - 8.1.1. A Biztosító a biztosított életkorát úgy állapítja meg, hogy a biztosítás kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.
- 8.2. A jelen Általános Feltételek alapján létrejövő biztosítás éves díjfizetésű. A Biztosító az éves díjfizetéstől eltérő díjfizetési gyakoriság esetén jogosult a szerződésben meghatározottak szerinti pótlékkal emelt díjmegállapítására.
- 8.3. A felek megállapodása alapján a díj fizetése lehet egyszeri vagy folyamatos.
- 8.4. A biztosítás első díja a szerződés hatályba lépésekor esedékes, minden későbbi díj pedig annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.
- 8.5. A biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt gyakorisággal és módon történik.
- 8.6. A tárgyhavi biztosítási díj alapja a biztosítottak tárgyhót megelőző hónapra vonatkozó záró létszáma.
 - 8.6.1. A biztosítási év elején a fennálló nyitó létszám (a kockázatviselés kezdetét, illetve a biztosítási évfordulót megelőző hónap záró létszáma) alapján a Biztosító előzetes díjat állapít meg.
 - 8.6.2. Ettől eltérő rendelkezés hiányában, a felek az év közbeni létszámváltozás (adott biztosítási év hónapjainak záró létszámában bekövetkező változás) miatti díjkorrekciót a biztosítási évfordulón utólagos elszámolással állapítják meg. A díjakat a Szerződő, a díjtöbbletet a biztosító 15 naptári napon belül, banki átutalással fizeti meg. Ez a határidő a Szerződő által fizetendő díjkülönbözet esetében az elszámolást tartalmazó díjbekérő kézhezvételétől, illetőleg a biztosító által fizetendő díjtöbblet esetében az elszámolást tartalmazó díjbekérő elkészültétől számolandó. Amennyiben az elszámolás nem a biztosítási tartam végére történik, a díjtöbbletet a Biztosító a következő biztosítási évre esedékes díjban ismeri el.

- 8.6.3. A biztosítottak számának havonkénti változását, azaz a



kockázatviselés kezdetéhez, illetve a biztosítási évfordulóhoz igazodó hónapok záró létszámát (biztosított kategóriák, továbbá életkor- és nem szerinti bontásban) a Szerződő köteles nyilvántartani és az adatokból készített, az eltelt időszakra vonatkozó változásjelentést a biztosítási időszakra vonatkozó tényleges díj megállapításához, illetve elszámolásához legkésőbb a biztosítási év végét követő 15. napig a biztosító rendelkezésére bocsátani.

- 8.6.4. A biztosítási év közben kilépő biztosított után a biztosítási évből a kilépésig eltelt hónapokra, illetve a biztosítási év közben bejelentett új biztosított után, a biztosítási évből még hátralévő időszakra a biztosított kategóriánkénti biztosítási díjból számított éves díj időarányos részét kell fizetni. A díjfizetés szempontjából adott biztosított minden biztosítási szerződésben megkezdett hónapja egy hónapnak számít. A havonta fizetendő díj a biztosítottak egyes kategóriájára a kategóriánként megállapított éves díj 1/12 része.
- 8.6.5. A szerződő minden évben, a biztosítási évforduló alkalmával köteles a Biztosítónak az előző (eltelt) biztosítási év havonkénti létszámadatairól írásbeli kimutatást benyújtani, valamint a következő biztosítási évre vonatkozó díj megállapításához szükséges adatokat megadni.
- 8.7. A szerződés megszűnése esetén annak a kockázatviselés kezdetéhez, illetve a biztosítási évfordulóhoz igazodó hónapnak az utolsó napjáig járó díjat kell megfizetni, amelyben a Biztosító kockázatviselése véget ért.
- 8.8. Ha a szerződő a biztosítás díját az esedékességtől számított 60 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást nem kap és a Biztosító a díj iránti igényét bírói úton nem érvényesíti, a Biztosító a kockázatot az esedékességtől számított 60 napig viseli. E 60 napos türelmi idő alatt a szerződő az elmaradt díjrészek befizetését pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a biztosítási szerződés és ezzel a Biztosító kockázatviselése a díj esedékességétől számított 60. napján 24 órakor megszűnik.
- 8.9. Amennyiben a szerződő a biztosítási díjat a biztosítottakra továbbhárítja, akkor a szerződéskötés előtt vagy a csoporthoz történő csatlakozáskor a biztosítottak figyelmét erre fel kell hívnia.

9. A díj módosítása

- 9.1. A Biztosító jogosult a szerződés létrejöttétől számított 5 év eltelte után a jelen Általános Feltételek alapján létrejött szerződések esetében a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének a változása miatt a szerződések felülvizsgálatára és a biztosítási díjak változtatására.
 - 9.1.1. A Biztosító e jogát ötévente gyakorolhatja.
 - 9.1.2. A díjak ily módon történő felülvizsgálata nem érinti a biztosítási összegek szerződő által kezdeményezett módosítási eljárását (13. pont).
- 9.2. A Biztosító a szerződő felet a kárgyakoriság változásával indokolt díjmódosításra vonatkozó szándékáról, legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 45 nappal értesíti.
- 9.3. Ha a szerződő fél az értesítéstől számított 15 napon belül a módosító javaslatra írásban nem nyilatkozik, akkor a módosított díjtételű biztosítás



szerződés lép hatályba.

- 9.4. Amennyiben a szerződő a díjmódosításra irányuló javaslatot elutasítja, a díj változatlanul hagyása mellett kérheti a biztosítási összeg csökkentését/növelését, illetve jogában áll a szerződést legkésőbb a biztosítási évforduló előtt 30 nappal felmondani.

10. A biztosítási esemény

- 10.1. Biztosítási esemény a biztosított halála, vagy a jelen Általános Feltételek 3. fejezetében meghatározott balesetből vagy betegségből eredő, illetve azzal közvetlenül összefüggő olyan esemény, amelynek bekövetkezése esetén a Különös Feltételekben foglaltak szerint a Biztosító szolgáltatást teljesít.
- 10.2. A biztosítási esemény időpontja a halál, a baleset bekövetkezésének a napja vagy a betegség diagnosztizálásának a napja.

11. A biztosító szolgáltatása

- 11.1. A felek a biztosítási szerződés szolgáltatását a Különös Feltételekben foglalt élet-, baleset- és egészségbiztosítási szolgáltatásokból állítják össze, és a szerződésben rögzítik.
- 11.2. A Biztosító teljesítési kötelezettsége csak a szerződésben meghatározott biztosítottak körére, a szerződésben megnevezett szolgáltatások vonatkozásában, a szerződésben meghatározott biztosítási összeg(ek) erejéig, a szerződésben meghatározott kockázati körülmények között áll fenn.
- 11.3. A biztosítási védelem azon biztosítási eseményekre terjed ki, melyek a jelen Általános Feltételek alapján létrejött szerződésben megnevezett területi, időbeli, és egyéb – a szerződésben esetlegesen meghatározott – feltételek szerint következnek be.
- 11.4. A biztosított csoport azon tagjaira, akik a szerződéskötéskor kórházi, orvosi kezelés alatt állnak, vagy keresőképtelenek, az élet- és egészségbiztosítási védelem a kórházi, orvosi kezelés befejezte, illetve a keresőképesség helyreállása utáni napon kezdődik.

12. Csoportos káresemény

- 12.1. A csoportos káreseményekre, azaz a csoport tagjait ért, egy azonos biztosítási eseményből eredő szolgáltatási igényekre maximálisan kifizethető szolgáltatások összegét mind az egyes szolgáltatásokra, mind a szerződés egészére nézve is, a Biztosító 120 millió forintban határozza meg.
- 12.2. A csoportos biztosítási szerződés biztosított körében bekövetkező csoportos káreseménynél, amennyiben a személyenkénti jogosultságok összege meghaladja a csoport egészére meghatározott, maximálisan kifizethető biztosítási összeget, a személyenkénti kifizetést egységesen és arányosan csökkenteni kell.



13. A biztosítási összegek módosítása (a szerződő kezdeményezésére)

- 13.1. A szerződő 45 nappal a biztosítás évfordulója előtt írásban kezdeményezheti a biztosítási összegek emelését, a díj egyidejű módosítása mellett.
- 13.2. A Biztosító az esetleges további kockázatelbírálás eredményének függvényében, vagy egyéb – az Általános vagy Különös Feltételekkel nem összhangban lévő kérelem esetén – a szerződő díjmódosítási kérelmét elutasíthatja.
- 13.3. A Biztosító a választható biztosítási összegekre vonatkozóan összegkorlátot állapíthat meg.

14. Várakozási idő

- 14.1. A Biztosító a haláleseti biztosítási szolgáltatás vonatkozásában 3 havi várakozási időt köt ki, melynek alkalmazását a felek a szerződésben korlátozhatják, illetve attól eltekinthetnek.
- 14.2. Baleset- és egészségbiztosítási szolgáltatások esetében a Biztosító várakozási időt nem alkalmaz, kivéve abban az esetben, ha az adott szolgáltatásra vonatkozó Különös Feltételek másképp rendelkeznek.
- 14.3. Amennyiben a biztosítási esemény a várakozási idő alatt következik be, a Biztosító az adott biztosított után addig befizetett díjakat téríti vissza a szerződő részére, egyéb szolgáltatást nem nyújt.
- 14.4. A Biztosító eltekint a várakozási idő alkalmazásától, ha a biztosítási esemény a kockázatviselés kezdetét követően fellépő heveny fertőző betegség (előzmény nélkül hirtelen fellépő bakteriális, vírusos, gombás, vagy protozoon okozta megbetegedés miatt) következik be.
- 14.5. A várakozási idő minden egyes biztosított esetén attól az időponttól számítandó, amikor az adott biztosítottra nézve a biztosítási védelem elkezdődik.
- 14.6. A biztosítási szerződés meghosszabbítása esetén a változatlan feltételekkel meghosszabbított szolgáltatásokra azon biztosítottaknál, akiknél a biztosítási védelem kezdete óta a várakozási idő már eltelt, újabb várakozási időt a Biztosító nem alkalmaz.

15. A Biztosító teljesítése

- 15.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül személyesen vagy írásban a Biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
- 15.2. Amennyiben e bejelentés nem történik meg, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.
- 15.3. A szerződés szerinti dokumentumok benyújtására a Biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékat adhat.
- 15.4. A szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a biztosított életben léte esetén a biztosított, halálát követően az örökös vagy a kedvezményezett a



szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést adjon az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek a biztosítottat kezelték és felhatalmazza a Biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a szükséges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Amennyiben a biztosított, az örökös vagy a kedvezményezett az orvosi titoktartás alóli felmentő nyilatkozatot nem adja meg és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

- 15.5. A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli. Ennek értelmében:
 - a) a betegség első orvosi diagnosztizálását követően, illetve a baleset után haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni kell.
 - b) gondoskodni kell továbbá a megfelelő ápolásról és általában törekedni kell a biztosítási esemény következményeinek lehetőség szerinti elhárítására, illetve enyhítésére.
- 15.6. Ha a biztosított kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, a Biztosító annyiban mentesül a teljesítés alól, amennyiben a biztosított mulasztása közrehatott állapotának súlyosabbá válásában.
- 15.7. A szolgáltatási igény bejelentésekor a Biztosító az alábbi dokumentumok bemutatását kéri a biztosítási esemény (annak jellegétől függően) bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához:
 - a) a Biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentő;
 - b) TB rokkantság esetén az illetékes társadalombiztosítási szerv jogerős határozata;
 - c) a biztosítottság tényét, a biztosított csoporthoz tartozást igazoló dokumentumok (pl. munkáltatói igazolás, rendezvénybiztosítás esetén a belépőjegy);
 - d) a biztosítási kötvény és az esedékesség szerinti utolsó díjfizetést igazoló irat;
 - e) személyi igazolvány vagy más személyazonosításra alkalmasokmány, lakcímkártya másolata;
 - f) kedvezményezetti jogosultságot bizonyító okirat (mint pl. hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány) másolata, amennyiben a kedvezményezett a szerződésben név szerint megnevezésre nem került;
 - g) a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (mint pl. a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy, tanúk nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, boncolási jegyzőkönyv másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szakértői vélemények másolatai);
 - h) ittasság, illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltószerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat;



- i) a biztosított érvényes vezetői engedélyének másolata, ha gépjármű vezetőjeként érte baleset;
 - j) amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll);
 - k) 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);
 - l) balesetbiztosítási esemény esetén az első, akut orvosi ellátást igazoló dokumentáció;
 - m) a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok, szakvélemény a rokkantsági csoportba sorolásról (a jogosult titoktartás alóli felmentéséhez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
 - n) a biztosított halála esetén a halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati bizonyítvány, halál utáni orvosi jelentés, boncolási jegyzőkönyv, a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolat, korábbi orvosi dokumentáció;
 - o) keresőképtelenséget igazoló orvosi iratok;
 - p) idegen nyelvű dokumentáció esetén ezek magyar nyelvű hitelesített fordítása, melynek költsége a kárigény előterjesztőjét terheli;
 - q) továbbá a biztosítási összeg kifizetéséhez szükség esetén be kell nyújtani
 - r) az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentumot;
 - s) a gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozatot;
 - t) jogszabályi rendelkezés esetén a gyámhivatali engedélyt.
- 15.8. A bemutatott dokumentumok mellett a Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését is kezdeményezheti. A Biztosító által kezdeményezett orvosi vizsgálatok költsége a Biztosítót terheli.
- 15.9. A szolgáltatást a Biztosító az igényelt összes dokumentum benyújtásától számított 15 munkanapon belül teljesíti.
- 15.10. Huzamos kórházi tartózkodás vagy táppénzes állomány esetén a Biztosító 30 naponként, a szerződésben foglaltak szerint, folyamatosan teljesíthet szolgáltatást, amennyiben a 15.9. pontban foglalt feltételek teljesülnek.
- 15.11. A Biztosító szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőeszközben, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik.



16. Közlési kötelezettség

- 16.1. A szerződő (biztosított) a biztosítási szerződés megkötésekor, illetve új biztosítottak belépésekor folyamatosan köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a szerződő (biztosított) közlési kötelezettségének eleget tesz.
- 16.2. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és ezért a biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, tevékenységével kapcsolatban kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot kérhet. Az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- 16.3. Amennyiben a szerződő (biztosított) a közlési kötelezettséget megsértette, a Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll fenn, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy ha a szerződéskötéstől, illetve a biztosított csoportba való belépéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- 16.4. A szerződő köteles a biztosított foglalkozásának és tevékenységeinek, valamint a díj megállapításánál figyelembe vett egyéb körülmények tartam alatti megváltozását 30 napon belül bejelenteni a Biztosítóknak.
 - 16.4.1. Amennyiben ezen körülmények megváltozásának hatására a díj emelése indokolt, a Biztosító a bejelentés alapján jogosult a hátralévő tartamra a díjat megemelni.
 - 16.4.2. A Biztosító a bejelentéstől számított 15 napon belül köteles a szerződő felé nyilatkozni az új díj megállapításáról és esedékességéről. Ha a megnövekedett kockázatot a Biztosító nem vállalja, jogosult a szerződést 30 napra felmondani.
 - 16.4.3. A 14.4 bekezdés szerinti bejelentés vagy az orvosi titoktartás alóli felmentés elmulasztása esetén a Biztosító olyan arányban teljesíti szolgáltatásait, amilyen arányban a ténylegesen fizetett díj a megváltozott körülmények miatt megállapítható magasabb díjhoz aránylik. Ha a megváltozott körülmények ismeretében a Biztosító az ajánlatot elutasította volna, akkor a biztosítás érvénytelenségének jogkövetkezményeit kell alkalmazni.
- 16.5. A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a Biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más Biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel

kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a Biztosítót, hogy ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.



17. Maradékjog és értékkövetés

17.1. Jelen Általános Feltételek alapján létrejövő Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződések nem rendelkeznek maradékjogokkal, kötvénykölcsonre, a szerződés díjmentesítésére, valamint visszavásárlására nincs lehetőség. A Biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt. A biztosítások többlethozam-visszatérítéssel nem rendelkeznek.

18. Független orvosi bizottság

- 18.1. Azokban az esetekben, amelyeket a Különös Feltételek a Biztosító (vagy általa kijelölt) orvosának hatáskörébe utal, a biztosított (vagy a kedvezményezett) panasszal élhet, és a döntés független orvosokból álló bizottság általi felülvizsgálatát kérheti. Független orvosi bizottság vizsgálatát és állásfoglalását a Biztosító is kérheti.
- 18.2. Az orvosi bizottság létszáma változó, azt az eset körülményei alapján a Biztosító állapítja meg. Összetételére mindkét fél javaslatot tesz a létszám 50–50%-ának erejéig, elnökét a felek közös megegyezéssel bízzák meg.
- 18.3. A biztosított köteles alávetni magát a bizottság által előírt vizsgálatoknak, valamint a baleset következményeinek enyhítésére vonatkozó utasításainak.
- 18.4. Az orvosi bizottság ügyrendjét saját maga állapítja meg. A bizottság működéséről jegyzőkönyvet készít, döntéséről határozatot hoz. E dokumentumokba az ügyfél betekinthez.
- 18.5. Az orvosi bizottság működésének költségeit (az érvényes tarifák alapján) maga állapítja meg. Az orvosi bizottság eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt az összehívása. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított kezdeményezte az eljárást, és az orvosi bizottság a javára döntött, a költségeket a Biztosító fizeti.

19. Kizárások

- 19.1. A Biztosító – amennyiben a Különös Feltételek vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem nyújt szolgáltatást:
- ha a biztosítási esemény a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be;
 - ha a biztosítási esemény a biztosított folyamatos biztosítási jogviszonyának keletkezését követő két éven belül elkövetett öngyilkossága, illetve öngyilkossági kísérlete miatt következett be, még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el;
 - öncsonkítással, vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre;



- d) a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- e) kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- f) ha a biztosítási esemény a biztosítottnak háborús cselekményekben, valamelyik fél mellett történő aktív részvétele miatt következett be. Háborúnak minősül: háború (hadüzenettel vagy anélkül), határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás, vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény;
- g) az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítóokbiztosítási esemény;
- h) a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;
- i) mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre, kivéve az üzemi balesetre, foglalkozási betegségekre közvetlenül visszavezethető mentális és viselkedészavarokat;
- j) kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokra és kórházi ápolásra, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekre, kórházi ápolásokra és gyógyító eljárásokra;
- k) ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta;
- l) ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégtzettségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- m) ha a biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult;
- n) a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő balesetekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki alégi járműnek nem üzemtartója és nem tartozik a személyzethez,
- o) a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, ideértve a teszt-túrákat és a rally versenyeket is;
- p) az országos és nemzetközi síugró, bob, sítob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre;
- q) arra a balesetre, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történt



- vasúti, légi, vízi, közúti jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;
- r) a biztosított szívinfarktusra és agyvérzésre miatti halálos balesetekre;
 - s) a biztosítási eseményt előidéző betegség diagnosztizálása előtt, illetve az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészekre, már meglévő egészségkárosodásokra (és az ezekkel közvetlenül összefüggésbe hozható biztosítási eseményekre);
 - t) a biztosított versenyszerűen, díjazásért űzött sporttevékenységére, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e vagy sem, kivételt képez ez alól, ha a biztosítási szerződés rendelkezései a biztosítási védelmet ezen kockázatra is kiterjesztik;
 - u) a biztosítottak díjazásért végzett, de az ajánlaton meg nem nevezett bármilyen egyéb, rendszeres (legalább havi rendszerességgel előforduló) és az ajánlaton megjelölt foglalkozásánál veszélyesebb tevékenységével összefüggésbe hozható baleseteire;
 - v) azon táppénzes esetekre, amikor táppénzen való tartózkodásra közegészségi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat miatt kerül sor;
 - w) mandulaműtetre, és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra;
 - x) a biztosított fogtörésére és fogrepedésére.

20. Mentésülések

20.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól:

- a) ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással
 - aa) a szerződő fél vagy a biztosított;
 - ab) a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk vagy az általános szerződési feltételben meghatározott munkakört betöltő alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk; vagy
 - ac) a biztosított jogi személynek az általános szerződési feltételben meghatározott vezető beosztású tisztségviselője vagy a biztosított vagyontárgy kezelésére jogosított tagja, munkavállalója vagy megbízottja okozta.
- b) Az a) pontban foglalt rendelkezést a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.
- c) Ha a biztosított az igénybejelentés alkalmával és/vagy a Biztosító szolgáltatása során:
 - ca) a biztosítási eseménnyel vagy a szolgáltatás szempontjából lényeges körülménnyel kapcsolatban valótlan információt közöl vagy lényeges körülményt elhallgat;
 - cb) hamis, hamisított, vagy valótlan tartalmú okiratot használ;



cc) a Biztosító egyéb módon megtéveszti.

21. A biztosítás megszűnése

- 21.1. A biztosítási szerződés – és ezzel a Biztosító kockázatviselése a teljes biztosított csoport vonatkozásában – megszűnik
- a) a biztosítás tartamának lejártakor, ha a biztosítás nem került meghosszabbításra;
 - b) a biztosítási díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a Biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;
 - c) a biztosítási szerződés felmondásával;
 - d) a biztosított csoport megszűnésével;
 - e) a szerződés 23.5) pont szerinti felmondásával;
 - f) illetve egyéb, a Különös Feltételekben meghatározott esetekben.
- 21.2. A Biztosító kockázatviselése az adott biztosított vonatkozásában megszűnik (a biztosított csoport többi tagjára vonatkozóan változatlan kockázatviselés mellett)
- a) a biztosított halálával;
 - b) a biztosított 100%-os rokkantságával;
 - c) a biztosított írásbeli nyilatkozatával, továbbá
 - d) amennyiben a biztosított csoporthoz való tartozása megszűnik, a csoportból való kilépés napjának 24 órájában.

22. Elévülés

- 22.1. A biztosításból eredő igények elévülési ideje 5 év.

23. Egyéb rendelkezések

- 23.1. A kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a Biztosító a szerződő fél írásbeli nyilatkozatára az eredeti kötvényről a kérelem kézhezvételétől számított 60 napon belül hiteles másolatot állít ki, miután az okirat megsemmisüléséről vagy elvesztéséről a kérelmező írásban teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozatot tett. A hiteles másolat kiadásával egyidejűleg az eredeti kötvény hatályát veszti. A hiteles másolat kiállításának költségei a kérelmezőt terhelik.
- 23.2. A jelen Általános Feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország joga.
- 23.3. A jelen Általános Feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.



- 23.4. A biztosítási szerződésből eredő perek eldöntésére a felek a Budapesti II. és II. Kerületi Bíróság kizárólagos illetékességét kötik ki, azzal hogy törvényszék hatáskörébe tartozó ügyekre nem kötnek ki illetékességet.
- 23.5. Az életbiztosítási szerződést önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül megkötő természetes személy szerződő a biztosítási kötvény kézhezvételétől számított 30 napon belül a hat hónapot meghaladó tartamú életbiztosítási szerződés, amelyet jelen feltételekre hivatkozással kötött, írásbeli nyilatkozattal – indoklás nélkül – felmondhatja. E felmondási jog a szerződőt nem illeti meg hitelfedezeti életbiztosítás esetén. A szerződő érvényesen nem mondhat le az őt megillető felmondási jogról. A szerződés felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a Biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel, illetve a szerződéshez kapcsolódó adminisztrációs és kötvényesítési költségeivel elszámolni.
- 23.6. A biztosító egyes alkalmazottai a biztosítási szerződéssel, a rendszeres és egyszeri díjak teljesítésével összefüggésben jutalékra jogosultak. A biztosító alkalmazottai ugyanakkor nem jogosultak jutalékra az eseti biztosítási díjak vonatkozásában.
- 23.7. A biztosító a biztosítási termékre vonatkozóan tanácsadást nem nyújt.

24. A jognyilatkozat hatálya

- 24.1. A Biztosítóhoz intézett nyilatkozat a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban teszik és az a Biztosító tudomására jut. Ha a szerződő a biztosítási szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatait biztosítási alkuszhoz intézi, a nyilatkozatokhoz a Biztosítóval szemben nem fűződik joghatály. Az alkuszon keresztül tett jognyilatkozat a Biztosítóval szemben csak a Biztosítóhoz való beérkezéssel válik hatályossá.

25. Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

Adatvédelmi tájékoztató

25.1. 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 jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény 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.



- a) 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. (GDPR 6. cikk b.) pont szerinti adatkezelés)
- b) 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)
- c) 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)
- d) 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 kapcsolatos káresemények rendezése kapcsán nélkülözhetetlen.

Ön a d) pontban jelzett esetben a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatainak kezelését megtilthatja, azonban ez a biztosító teljesítésének elmaradásával járhat. A c) pontokban jelzett esetekben az adatkezelésre nem az Ön hozzájárulása alapján kerül sor, ezért az ilyen adatkezelés az Ön egyoldalú nyilatkozata alapján nem szüntethető meg.

25.2. 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)

Adatvédelmi tisztviselő: Dr. Csevár Antal, vezető jogász (e-mail: jog@cig.eu; címe: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület; telefonszáma: + 36 1 5 100 200; fax: + 36 1 247 2021)

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@mnb.hu; levélcíme: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.;
<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/biztositasok>

Felügyeleti hatóság (**adtvédelemmel kapcsolatban**): Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (címe: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22c, levelezési címe: 1530 Budapest, Pf..5; c; elérhetősége: Telefonon: +36 1 391 1400, fax: +36 (1) 391-1410; E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu; URL <http://naih.hu>)

25.3. 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.

25.4. 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 Ön személyes adatait a Biztosító részére. A független biztosításközvetítőtől érkező személyes adatokat a Biztosító a szerződés létrejötte esetén önálló adatkezelőként kezeli.

25.5. e) Az Ön személyes adatok 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 tájékoztatást a biztosító a személyes adatok felvételekor, vagy egyéb esetekben legkésőbb a kérést követő 30 napon belül díjmentesen nyújtja. 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 Ön írásbeli, vagy szóbeli megkeresése alapján nyújt tájékoztatását.



Helyesbítéshez való jog

Kérheti az adatainak helyesbítését, hiányos adatainak kiegészítését. A kérelmének teljesítéséhez a Biztosító Öntől 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 Ön számára.

A törléshez (elfeledéshez) való jog

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

- a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtötték vagy más módon kezelték;
- Ön visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja;
- Ön tiltakozik az adatkezelése ellen, és nincs elsőbbséget élvező jogszerű ok az adatkezelésre, vagy az Ön személyes adatainak kezelésére közvetlen üzletszerzés céljából, valamint ehhez kapcsolódó profilalkotás miatt került sor,
- az Ön 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.

A törléshez való jog Önt akkor illeti meg, ha a személyes adatainak kezelésére kizárólag a hozzájárulása alapján került sor.

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.

A személyes adatok törléséről a biztosító írásbeli értesítést küld az Ön 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 Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy
- Ön 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 Ön jogos indokaival szemben.

Amennyiben az adatkezelés korlátozás alá esik, az ilyen személyes adatokat a tárolás kivételével csak az Ön 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

Jogosult arra, hogy az Önre 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 Ön az 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

Ön 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 Ön érdekeivel, jogaival és



szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.

Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, Ön 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 Ön tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők.

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, a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

A biztosításközvetítő az ügyfelek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

A fenti céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet.

A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

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 titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott, továbbá a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.



Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát az alábbi szervek rendelkezésére:

- a) a feladatkörében eljáró felügyelet,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, 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 főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyongfelügyelő, bíróság,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általakirendelt szakértő,
- e) az adóhatóság abban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- g) feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- h) feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. §(2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
- k) a viszontbiztosító, a csoport másik vállalkozása, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szerv, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szerv, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatóság, valamint a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítás szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosító,
- 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 szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, a kárrendezési megbízott és kárképviselő,



- továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozó,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,
 - p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő,
 - q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
 - r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság,
 - 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 biztosító,
 - t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szerv, a mezőgazdasági igazgatási szerv, az agrárkár-enyhítési szerv, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel,
 - u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal, ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy 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 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 biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn 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.

A biztosító vagy a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére 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, bűnszövetségben 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 visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító, biztosításközvetítő 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 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 törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldipénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Info tv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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 egyesügyfelek 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. § (1) 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 szerződésteljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- e) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;*
- f) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;*
- g) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;*
- h) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és*
- i) 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 személytérítő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat; és*
 - 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 az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást 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 – az 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 okiratszámát.

(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 az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

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.”

26. Panaszok kezelése

- 26.1. Jelen általános feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés szolgáltatásaival kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél elsősorban a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Központi Ügyfélszolgálati Irodájához (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület, telefonszám: +36 1 5 100 100, e-mail-cím: ugyfelszolgalat@cig.eu) fordulhat. A Biztosító panaszkezelési szabályzata a Biztosító honlapján (www.cigpannonia.hu) tekinthető meg.
- 26.2. A Biztosító felett a szakmai és a fogyasztóvédelmi felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank (a továbbiakban: Felügyelet), amelynek székhelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., központi levelezési címe: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777., központi telefonszáma: (36-1)4899-100, központi fax száma: (36-1) 4899-102, ügyfélszolgálati telefonszáma: 06-40-203-776, e-mail címe: ugyfelszolgalat@mnk.hu) gyakorolja. Az ügyfél panaszával közvetlenül ide, és a Felügyelet mellett működő Pénzügyi Békéltető Testülethez (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., illetve 1525 Budapest, BKKP Pf.: 172), továbbá a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez (1088 Budapest, József krt. 6., 1428 Budapest, Pf. 20.) is fordulhat.
- 26.3. Az ügyfél jogait, illetve igényeit bírósági úton is érvényesítheti. A Biztosító minden tőle elvárhatót megtesz annak érdekében, hogy az ügyfelek gondjait peren kívül orvosolja. A biztosítási szerződésből eredő perek eldöntésére a felek a Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság kizárólagos illetékességét kötik ki,



CIG PANNÓNIA
BIZTOSÍTÓ

azzal hogy megyei törvényszék hatáskörébe tartozó ügyekre nem kötnek ki illetékességet.



Mellékletek

1. számú melléklet: Kis műtétek

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

1. Általános sebészet körében végzett beavatkozások
 - Tükrözések diagnosztikus célból
 - Bőrön át történő mintavétel (percutan biopsia)
 - Műtéttel végzett nem testüregekből történő mintavétel (biopsia)
 - Kisebb jóindulatú daganatok vagy cysták eltávolítása
 - Tályogfeltárások
 - Vérömlenyek kiürítése
 - A végbélen végzett fissurák műtéte
 - Kisebb aranyeres csomók eltávolítása
 - Sipolyok kimetszése
 - Érfestési eljárások nem központi nagyereken
 - Sebkimetszés
 - Ujjak egyszerű csonkolása plasztikai korrekció nélkül
 - Stomák zárása, korrekciója
 - Körömeltávolítás fertőzés vagy traumás okból
 - Kőzúzás
 - Különböző perifériás idegkimetszések, bursectomia
 - Mélyebb II. fokú égések miatt történt kisebb műtéti beavatkozások és kötésváltások

2. Traumatológia és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások
 - Törés miatti extensio
 - Osteosyntesis utáni fémananyag eltávolítás
 - Törések percutan dróttűzése
 - Exostosisok, panaszokat okozó kisebb csontvégek levésése
 - Nyílt törés ellátása – csonton végzett beavatkozás nélkül (elsősorban lágy rész)
 - Ízületi tok megnyitása, csövezése
 - Kisízületek elmerevítése csavározással, tűzéssel
 - Kisízület krónikus gyulladása, vagy egyéb krónikus elváltozása miatti feltárása
 - Tendolysis kézen
 - Sajkacsont törés műtéti kezelése
 - Mellkas becsövezése
 - Heveny módon bekövetkezett, diagnosztikus adatokkal igazolt és kórismézett ízületi szalagszakadások, ínsérülések, mely elváltozások gyógyítása érdekében nyílt, feltárással járó műtét végzésére kerül sor



- Azok a csont törésével járó esetek, ahol a csont egyesítése feltárás nélkül dróttűzés formájában történik meg
 - A kéz és láb ujja, ujjai hosszának felét nem meghaladó csonkolások
3. Hasi sebészet körében végzett beavatkozások
- Laparoscopia, esetleg kisebb beavatkozásokkal kombinálva
 - Nyelőcsővérzés nem radikális ellátása
 - Polypus endoszkópos eltávolítása gyomor, nyombél, vékonybél területén (1 cm nagyságig, szövődménytől mentesen)
 - Végbél körüli feltárás
 - Egyes szervek sclerotizációja kémiai anyagokkal
4. Urológiai sebészet körében végzett beavatkozások
- Nephrostomiás drain, illetve annak cseréje
 - Ureter katéter felvezetése és az ezzel kapcsolatos beavatkozások
 - Prostatán alkalmazott nem radikális beavatkozások
 - Scrotumon, penisen nem a merevedést vagy a vizelet elfolyását befolyásoló beavatkozások
 - Here és hólyag biopsia
 - Katéterezés vizeletelakadás miatt és hólyag szúrccsapolása
5. Orr-fül-gégészet körében végzett beavatkozások
- Garat kisebb műtétei (pl. biopsia)
 - Légcső sürgős megnyitására használt egyszerű beavatkozások
 - Külső fül nagy csonkolással járó sérüléseinek ellátása
 - Külső fül indokolt rekonstrukciós beavatkozásai
 - Dobhártya akut műtétei
 - Orrsövény műtétei
6. Szemészet körében végzett beavatkozások
- A szem nem törő közegein történő olyan beavatkozások, melyek esetleges szövődménye a látást nem befolyásolja
 - Idegentest eltávolítása szemgolyóból (nem áthatoló, nem a törő közeget érinti)
7. Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások
- Pericardiocentesis
 - Nagy erek részleges eltávolítása, sérülésük ellátása
 - Verőér-visszér anastomosisok
 - Egyszerű varicectomiák
 - Pacemaker elektróda-igazítás, telepcsere
 - Felületes nyirokérrendszer részleges eltávolítása
8. Nőgyógyászat körében végzett beavatkozások
- Méhnyak, illetve méhszáj nem tumoros elváltozásai miatt végzett beavatkozások



- Méh nem daganatos betegségeinek, illetve méheltávolítást nem igénylő betegségek (terhesség, illetve annak komplikációi kizárva) műtétei
- Hüvely jóindulatú elváltozásainak műtétei
- Gát és a külső nemi szervek jóindulatú elváltozásainak műtétei

9. Idegsebészet körében végzett beavatkozások

- Különböző nagyobb idegek eltávolítása vagy felszabadítása a lenövésektől
- Különböző nagyobb idegek jóindulatú daganatainak ellátása műtéttel
- Különböző típusú idegvarratok

10. Szájsebészet körében végzett beavatkozások

- Nyelv, nyálmirigyek, szájüreg kisebb műtétei

11. Onkológiai beavatkozások

- Sugárzó anyagok szövetbe, érbe vagy testüregekbe juttatása



2. számú melléklet: Közepes műtétek

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

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



- Légcsőtágítás, fixálás
5. Mellkas-sebészeti műtétek
- Tüdőcsúcs-eltávolítás
 - Tüdőmegnyitás, elvarrás
 - Tüdőüreg kiürítése, zárása
 - Rekeszideg átvágása
 - Tüdőleválasztás, összenövések oldása
 - Mellkas megnyitása
 - Mellüregi kóros tartalom kiürítése
 - Gátor megnyitása, tükrözése
 - Mellkasfal részleges eltávolítása
 - Mellkasfal feltárása
 - Mellhártya részleges eltávolítása
 - Mellhártya rekonstrukciója
 - Műtétek a rekeszizmon (kivétel: helyreállítás)
6. Ér- és szívsebészet körében végzett műtéti beavatkozások
- Szívkatéterezés
 - Szívburok megnyitása, folyadék eltávolítása
 - Szívritmusszabályozó beültetése, illetve cseréje
 - Szívkoszorúér ágak közti kóros összeköttetések megszüntetése
 - Nyitott szívmasszázs
 - Központi nagyereken végzett diagnosztikus és terápiás eljárások (érfestések; gyógyszeres, diagnosztikus és műtéti eljárások az ér feltárása nélkül)
 - Végtagi verőerekben elakadt vérrög eltávolítása
 - Közepesen nagy verőerekben kialakult helyi rögösödés eltávolítása
 - Végtagi verőerek kóros szakaszának kimetszése, illetve annak helyreállításai
 - Alsó végtag tágult visszereinek komplex műtétei
 - Végtagok verőereinek elzáródását megkerülő műtétek
 - Közepes és nagy erek sebészeti elzárása
 - Érvarratok, foltplasztikák
 - Ascites levezetése a visszeres rendszer felé művi összeköttetés révén
 - Nyirokereken végzett műtétek
7. Általános sebészet körében végzett műtétek
- Tükrözések terápiás beavatkozással együtt
 - Egyes testrészekben történő műtét közbeni mintavétel (biopsia)
 - Lépen végzett műtétek (kivétel: eltávolítás)
 - Nyelőcső nyaki szakaszán, gyomor-bélrendszer elemein végzett megnyitások
 - Nyelőcső szűkület tágítása, áthidalása
 - Nyelőcső tágult visszereinek szklerotizációja
 - Gyomor-bélrendszer megnyitásainak elvarrásai (kivétel: végbél)
 - Nyelőcsövön, a gyomor-bélrendszeren végzett átmeneti vagy végleges szájadék képzése
 - Nyelőcső, gyomor-bélrendszer kisebb elváltozásainak kimetszése műtéti feltárással



- Bolygóideg főtörzsének mellkasi vagy hasi átmetszése
- Vékonybél megkerülő összeköttetése
- Béltraktus betüremkedéseinek, illetve megcsavarodásainak megszüntetése
- Összenövések oldása a hasüregben
- Vakbélgyulladás miatt végzett műtétek
- Máj, májtályog megnyitása
- Epehólyagon végzett műtétek
- Közös epevezető megnyitása
- Tükrözés diagnosztikus vagy terápiás céllal a közös epevezetőn, illetve hasnyálmirigy vezetéken
- Hasnyálmirigy cysta összekötése a hasfallal, illetve a gyomor-bélrendszerrel
- Hasfali, hasüregi, lágyék- és combsérvek műtétei
- Hasfal megnyitása (diagnosztikus vagy terápiás céllal)
- Hasüregi szervek rögzítése
- Hashártya, nagycseplesz rezekciója

8. Urológiai beavatkozások

- Vese, vesemedence, húgyvezeték bemetszései, szájadék képzései, illetve kóros elváltozásainak megnyitása
- Vese rögzítése, percutan vesetükrözés, kőeltávolítás, illetve egyéb műtétek
- Húgyvezeték egyes részeinek részleges eltávolítása, az eltávolított rész helyreállítása
- Húgyvezeték felszabadítása
- Húgyhólyag sipolyok zárása
- Húgycsövön keresztül végzett húgyhólyag műtétek
- Húgyhólyag elvarrása
- Húgycső megnyitása, csonkolása, húgycsőcsonkok egyesítése
- Húgycső plasztikák, újraképzések
- Húgycső szűkületek műtétei
- Prostatata húgycsövön keresztül végzett műtétei
- Herevíz-sérv, herevisszér-sérv műtétei (hydrocele, varicocele műtétek)
- Here, mellékhere egyéb műtétei
- Ondóvezeték műtétei
- Hímvesző műtétei (kivétel: plasztika)

9. Nőgyógyászati jellegű műtétek

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

10. Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások



- Törések műtéti egyesítése
- Arckoponya csontjainak részleges eltávolítása, illetve plasztikája
- Nyaki borda eltávolítása
- I. borda eltávolítása
- Elhalt csont rész eltávolítása
- Osteotomiák
- Ízületek tükrözése diagnosztikus és terápiás céllal
- Ízületi savós hártya eltávolítása
- Csontdaganatok nem radikális eltávolítása (kisízületek kivételével)
- Csontvégek eltávolítása
- Kisebb csontok teljes eltávolítása
- Végtaghosszabbítás és korrekció
- Végtagrövidítés
- Gerincoszlop különböző típusú elmerovítése
- Protézis eltávolítás (kivétel: térd, csípő, váll, könyök)
- Ízületi plasztikák (kivétel: térd-, csípő-, váll-, könyökprotézis)
- Csontrövidítések
- Ínhüvely plasztikák
- Dupuytren-kontraktúra műtéte
- Ínrekonstrukciós műtétek
- Baker-cysta műtéte
- Lágyrész meszesedések, daganatok kiirtása
- Izomkiirtás, felszabadítás, átültetés
- Bőnye-plasztika, átültetés
- Láb amputációi, ismételt amputációi, másodlagos csonkzárás, csonkkorrekció
- Nagy csöves csontok zárt ízületbe hatoló, és ízületen kívüli töréseinek helyretétele és stabilizációja céljából végzett nyílt feltárással járó műtétek különböző formái (váll-, könyök-, csukló-, csípő-, térd-, boka ízületek, felkar-, alkar-, comb-, lábszár csontjai), e körbe tartozik az a műtéti megoldás, amikor a jelölt cél elérésének érdekében külső rögzítő műtéti behelyezésére kerül sor
- Csonttöréssel nem járó kiterjedt roncsolással járó lágyrész sérülések, melyeknek gyógyítása műtéti sorozatot, bőrpótló eljárások alkalmazását indokolják
- Kéz és láb ujja(k) egész hosszát érintő csonkolások
- II-III fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 10-25 %-át éri a károsodás
- Több ín vagy izom károsodása miatt végzett műtéti megoldások

11. Olyan plasztikai és korrekciós műtétek, melyek betegségek következményeinek helyrehozatalára szolgálnak

- Emlőn végzett plasztikai jellegű beavatkozások
- Bőrön végzett plasztikák
- Lebényplasztikák



3. számú melléklet: Nagy műtétek

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

1. Központi és környéki idegrendszeren végzett beavatkozások
 - Agyban lévő vérömlenyek, tályogok, daganatok, cysták eltávolítása
 - Egyes agyrészek összeköttetéseinek átvágása
 - Kisebb agyterületek kimetszése
 - Agylebenyek eltávolítása
 - Egyik oldali agyfélteke eltávolítása
 - Kórosan fokozott agyvíz termelés tartós levezetése
 - Gerincvelői fokozott nyomás tehermentesítése annak feltárásával
 - Gerincvelőben kialakult cysta kezelése
 - Gerincvelői daganatok eltávolítása
 - Kórosan fokozottan termelődő gerincvelői folyadék átmeneti vagy tartós elvezetése
 - Szimpatikus határköteg nyaki, illetve háti szakaszának műtétei
2. Belső elválasztású mirigyeken történő műtétek
 - Pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese teljes eltávolítása
 - Agyfüggelék vagy annak daganatainak eltávolítása
 - Csecsemőmirigy eltávolítása vagy átültetése
 - Belső elválasztású mirigy átültetése saját szervezetbe
3. Szemészeti műtétek
 - Retinaleválás műtétei
 - Szemgolyó eltávolítás, szemgödör kiürítés
 - Szemüreg plasztikája vagy újraképzése
4. Orr-fül-gége gyógyászat területén végzett műtétek
 - Csigabélyesítés
 - Belső hallójárat feltárása a koponyaüreg felől
 - Csonkolás kóros elváltozás miatt a közép-, illetve belsőfülben, vagy azok kiirtása
 - Nyelvmandula összefüggő daganatainak radikális műtéte
 - Teljes fültőmirigy kiirtás az arcidegek megkímélésével
 - Kiterjesztett, illetve teljes gégecsonkolás
5. Mellkas-sebészeti műtétek
 - Légcső feltárása diagnosztikus célból
 - Légcső csonkolása, újraegyesítése, helyreállítása
 - Művi gégeképzés
 - Hörgők lekötése, csonkolása, helyreállítása
 - Tüdőlebeny, illetve lebenyek eltávolítása
 - Fél tüdő eltávolítás
 - Mellkas plasztika



- Hörgősipoly zárása
 - Rekeszizomsérv műtéte
6. Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások
- Műtétek a szívbillentyűkön
 - Műbillentyű beültetés
 - Műtétek a fő ütőéren (aorta)
 - Műtétek a szívüregeket elválasztó sövényeken
 - Műtétek a tüdő fő ütőerén
 - Vérrög eltávolítása valamelyik szívüregből
 - Vérrög eltávolítása a koszorúserekből
 - Megkerülő összeköttetés (by-pass) a koszorúsereken
 - Koszorúsér szűkület tágítása
 - Koszorúsér megnyitás
 - Szívurok részleges vagy teljes eltávolítása
 - Daganat eltávolítása a szívből
 - Szívizom tágulatának (aneurysma) csonkolása
 - Szívátültetés
 - Vérrög eltávolítása a nyak, törzs, has régió központi verőereiből
 - Nyak, törzs, has régió központi verőereinek plasztikája
 - Megkerülő összeköttetések (by-pass) műtétek a nagyereken
 - Porto-cavalis összeköttetések
 - Agyi verőér tágulatának lekötése, klippelése
 - Érplasztikák szűkület miatt, feltárás nélkül
7. Általános sebészet körében végzett műtétek
- Csontvelő átültetés
 - Lépeltávolítás
 - Nyelőcső mellkasi, illetve hasi szakaszának megnyitása, elvarrása
 - Nyelőcső kitüremkedéseinek (diverticulum) ellátása
 - Nyelőcső részleges, illetve teljes kiirtása, a folyamatosság helyreállítása
 - Nyelőcső teljes kiirtása részleges gyomorcsonkolással
 - Nyelőcső-gyomor átmenet plasztikai műtétei
 - Nyelőcső visszér lekötése
 - Gyomor rezekciója (teljes vagy részleges)
 - Bolygóideg ágainak átvágása
 - Vékonybél, vastagbél rezekció
 - Nyelőcsövön, illetve a béltraktuson képzett szájadékok zárása
 - Végbél részleges vagy teljes kiirtása
 - Végbél záróizomzatának helyreállítása
 - Máj részleges csonkolásai
 - Májátültetés
 - Májvarrat, rekonstrukció
 - Máj és a bélrendszer között képzett összeköttetések
 - Közös epevezető varrata
 - Kehr-cső behelyezése a közös epevezetőbe vagy a májvezetékbe
 - Közös epevezető, illetve a májvezeték helyreállítása



- Oddi-záróizom plasztika
- Vater-papilla eltávolítása
- Hasnyálmirigy műtétei
- Rekeszsérv miatt végzett rekonstrukciók
- Radikális mellműtétek

8. Urológiai beavatkozások

- Vese csonkolása
- Egy-, illetve kétoldali veseeltávolítás
- Vese átültetés
- Patkóvese szétválasztása
- Húgyvezeték és a béltraktus közötti összeköttetés létesítése
- Húgyvezeték pótlása, húgyvezeték plasztika
- Húgyhólyag képzés, plasztika
- Húgyhólyag sipoly zárása
- Húgyhólyagon keresztül történő prosztatata-műtét
- Hímvessző plasztika

9. Nőgyógyászati jellegű műtétek

- Méhkürt plasztikák
- Radikális méheltávolítás
- Hüvelyképzés

10. Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

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



4. számú melléklet: Kiemelt műtétek

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

11. Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

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



Halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1. Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek.
2. **Jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosított tartamon belül bekövetkező halála.**
3. **Adott biztosított vonatkozásában a Biztosító halálesetre vonatkozó kockázatviselése megszűnik azon nap 24. órájával, amikor a biztosított betölti 65. életévét.**
4. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.
5. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Halálesetre szóló csoportos biztosítás termékismertető

Jellemzők	Halálesetre szóló csoportos biztosítás
A biztosítási termék típusa	csoportos életbiztosítás
Összefoglaló a biztosítási fedezetről	biztosítási esemény a biztosított tartamon belül bekövetkező halála. A biztosítási összeg a szerződő által kerül meghatározásra. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.
A biztosítási díj fizetésének módja és a fizetések ütemezése	a biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt gyakorisággal és módon történik.
Fő kizárások, ahol kárigény bejelentésének nincs helye	<ul style="list-style-type: none"> • Adott biztosított vonatkozásában a Biztosító halálesetre vonatkozó kockázatviselése megszűnik azon nap 24. órájával, amikor a biztosított betölti 65. életévét. • Ha a biztosítási esemény a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be; • Ha a biztosítási esemény a biztosított folyamatos biztosítási jogviszonyának keletkezését követő két éven belül elkövetett öngyilkossága, illetve öngyilkossági kísérlete miatt következett be, még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el; • Öncsonkítással, vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre; • A biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre. <p>A kizárások teljes listáját, valamint a Biztosító mentesülését az Általános Szerződési Feltételek 19. és 20. pontja, valamint a termék különös feltételei tartalmazzák.</p>
A szerződés kezdetekor jelentkező kötelezettségek	A szerződőnek díjfizetési kötelezettsége van.
A szerződés időtartama alatt fennálló kötelezettségek	<ul style="list-style-type: none"> • A szerződőnek a biztosításba belépő illetve kilépő biztosítottakra vonatkozóan bejelentési kötelezettsége van. • A szerződő köteles a biztosított foglalkozásának és tevékenységeinek, valamint a díj megállapításánál figyelembe vett egyéb körülmények tartam alatti megváltozását 30 napon belül bejelenteni a Biztosítónak. • A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli.
A kárigény bejelentése esetén jelentkező kötelezettségek	A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül személyesen vagy írásban a Biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
A szerződés időtartama, beleértve a szerződés kezdetének és végének időpontját	A biztosítás a szerződő és a Biztosító kölcsönös megállapodása szerint határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.
A szerződés megszűnésének esetei	<ul style="list-style-type: none"> • a biztosítás tartamának lejártakor, ha a biztosítás nem került meghosszabbításra;



- a biztosítási díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a Biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;
- a biztosítási szerződés felmondásával;
- a biztosított csoport megszűnésével;
- egyéb, a Különös Feltételekben meghatározott esetekben.

A termékismertető nem minősül a Biztosító általi ajánlattételnek.

A termék részletes ismertetője a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben és a Halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételeiben találhatóak.



COVID-19 vírusfertőzés által okozott halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1. Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek.
2. **Jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált COVID19 vírusfertőzés - vagy annak szövődményei - által okozott, tartamon belül bekövetkező halála.**
3. **Adott biztosított vonatkozásában a Biztosító halálesetre vonatkozó kockázatviselése megszűnik azon nap 24. órájával, amikor a biztosított betölti 65. életévét.**
4. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.
5. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Halálesetre szóló csoportos biztosítás termékismertető

Jellemzők	Halálesetre szóló csoportos biztosítás
A biztosítási termék típusa	csoportos életbiztosítás
Összefoglaló a biztosítási fedezetről	Jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált COVID19 vírusfertőzés - vagy annak szövődményei - által okozott, tartamon belül bekövetkező halála. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.
A biztosítási díj fizetésének módja és a fizetések ütemezése	a biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt gyakorisággal és módon történik.
Fő kizárások, ahol kárigény bejelentésének nincs helye	<ul style="list-style-type: none"> • Ha a biztosítási esemény a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be; • Ha a biztosítási esemény a biztosított folyamatos biztosítási jogviszonyának keletkezését követő két éven belül elkövetett öngyilkossága, illetve öngyilkossági kísérlete miatt következett be, még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el; • Öncsonkítással, vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre; • A biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre. <p>A kizárások teljes listáját, valamint a Biztosító mentesülését az Általános Szerződési Feltételek 19. és 20. pontja, valamint a termék különös feltételei tartalmazzák.</p>
A szerződés kezdetekor jelentkező kötelezettségek	A szerződőnek díjfizetési kötelezettsége van.
A szerződés időtartama alatt fennálló kötelezettségek	<ul style="list-style-type: none"> • A szerződőnek a biztosításba belépő illetve kilépő biztosítottakra vonatkozóan bejelentési kötelezettsége van. • A szerződő köteles a biztosított foglalkozásának és tevékenységeinek, valamint a díj megállapításánál figyelembe vett egyéb körülmények tartam alatti megváltozását 30 napon belül bejelenteni a Biztosítónak. • A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli.
A kárigény bejelentése esetén jelentkező kötelezettségek	A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül személyesen vagy írásban a Biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
A szerződés időtartama, beleértve a szerződés kezdetének és végének időpontját	A biztosítás a szerződő és a Biztosító kölcsönös megállapodása szerint határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.
A szerződés megszűnésének esetei	<ul style="list-style-type: none"> • a biztosítás tartamának lejártakor, ha a biztosítás nem került meghosszabbításra;



- a biztosítási díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a Biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;
- a biztosítási szerződés felmondásával;
- a biztosított csoport megszűnésével;
- egyéb, a Különös Feltételekben meghatározott esetekben.

A termékismertető nem minősül a Biztosító általi ajánlattételnek.

A termék részletes ismertetője a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben és a Halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételeiben találhatóak.



Betegségből eredő kórházi ápolás esetén napi térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1. Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek.
2. Jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkező betegségből eredő, annak bekövetkeztétől számított egy éven belül, orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg ellátása, feltéve, hogy a kórházban eltöltött napok száma a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja. A biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben részesül az a személy, aki napi 24 órás kórházi tartózkodást igazol.
3. **Nem minősül biztosítási eseménynek:**
 - a) **a biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő ellátás;**
 - b) **a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés;**
 - c) **a 10 napos folyamatos kórházi ápolási tartamot el nem érő, terhességgel, művi terhesség megszakítással kapcsolatos kórházi ápolás;**
 - d) **a kozmetikai és plasztikai műtét, kivéve ha az betegség következtében fellépő szövetelváltozások helyreállítására irányul;**
 - e) **a krónikus vesedialízissel kapcsolatos kórházi kezelés;**
 - f) **a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;**
 - g) **az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.**
4. Jelen Különös Feltételek 3.b) és 3.c) pontjaiban foglaltaktól a Biztosítónak – külön díjazásért sem – áll módjában eltérni.
5. A Biztosító a betegség következtében bekövetkező biztosítási esemény tekintetében, az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási időt köt ki. A várakozási időn belül



bekövetkező megbetegedés következtében szükséges kórházi fekvőbeteg ellátást a Biztosító akkor sem tekinti biztosítási eseménynek, ha a megbetegedés miatti kórházi fekvőbeteg ellátás a várakozási idő letelte után is tart.

6. **Egy betegségből eredően a Biztosító összesen legfeljebb 365 nap kórházi ápolási tartamra nyújt biztosítási fedezetet, amely 365 nap magában foglalja az önrészesedési időtartam napjainak számát is.**
7. A felek megegyezése esetén a Biztosító extra szolgáltatásként – külön díjazásért – a napi térítés 365 napban történő limitálásától eltekint.
8. Önrészesedési időtartam: a kórházi fekvőbeteg ellátásnak az első, kötvényben meghatározott számú napból álló időszaka.
 - 8.1. Az önrész kötvényben meghatározott típusa a szerződő választása szerint lehet:
 - a) Meghaladásos: a Biztosító az önrészt meghaladó napokra visszamenőleg, a kórházi fekvőbeteg ellátás első napjától térít.
 - b) Levonásos: a térítési kötelezettség visszamenőleg nem áll fenn, az önrészesedési időtartam napjaira a Biztosító nem nyújt térítést.
 - 8.2. Az önrészesedési időtartam az azonos betegségből eredő, egymást követő, többszöri folyamatos kórházi ápolási tartamok esetében minden egyes ápolási tartamra külön-külön érvényes, azaz ha a kórházi ápolás megszakítás után folytatódik, az ápolási napok nem adódnak össze.
9. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (napi térítést) fizet az arra jogosult részére az általa megjelölt módon minden olyan napra (az önrészesedés típusát és tartamát figyelembe véve), amelyen a biztosított jelen Különös Feltételekben meghatározott ellátásban részesül. Ez alól kivételt képeznek az önrészesedési időtartam napjai.
10. A kórházi ápolásra szóló szolgáltatás egyidejűleg csak egy biztosítási eseményre vehető igénybe. Újabb biztosítási eseményre kórházi ápolási szolgáltatás csak akkor teljesíthető, amikor az előző kórházi ápolás orvosiilag egyértelműen befejeződött.
11. Jelen biztosítás szempontjából nem minősül továbbá fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.
12. Amennyiben a biztosított vagy a biztosított írásbeli hozzájárulásával a szerződő kedvezményezettet nem jelölt, a szolgáltatás kedvezményezettje a biztosított.



CIG PANNÓNIA
BIZTOSÍTÓ

13. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.



Betegségből eredő kórházi ápolás esetén napi térítésre szóló csoportos biztosítás termékismertető

Jellemzők	Betegségből eredő kórházi ápolás esetén napi térítésre szóló csoportos biztosítás
A biztosítási termék típusa	Csoportos egészségbiztosítás
Összefoglaló a biztosítási fedezetről	<p>A biztosítottnak a biztosítás tartamán belül bekövetkező betegségből eredő, annak bekövetkeztétől számított egy éven belül, orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg ellátása, feltéve, hogy a kórházban eltöltött napok száma a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja. A Biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki. Egy betegségből eredően a Biztosító összesen legfeljebb 365 nap kórházi ápolási tartamra nyújt biztosítási fedezetet, amely 365 nap magában foglalja az önrészesedési időtartam napjainak számát is. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (napi térítést) fizet az arra jogosult részére az általa megjelölt módon minden olyan napra, amelyen a biztosított a Különös Feltételekben meghatározott ellátásban részesül.</p>
A biztosítási díj fizetésének módja és a fizetések ütemezése	<p>A biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt gyakorisággal és módon történik.</p>
Fő kizárások, ahol kárigény bejelentésének nincs helye	<ul style="list-style-type: none">• A biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő ellátás;• A kozmetikai és plasztikai műtét, kivéve ha az betegség következtében fellépő szövetváltozások helyreállítására irányul;• A biztosítás szempontjából nem minősül továbbá fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.• Ha a biztosítási esemény a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be;• Ha a biztosítási esemény a biztosított folyamatos biztosítási jogviszonyának keletkezését követő két éven belül elkövetett öngyilkossága, illetve öngyilkossági kísérlete miatt következett be, még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el;• Öncsonkítással, vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre;• A biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre. <p>A kizárások teljes listáját, valamint a Biztosító mentesülését az Általános Szerződési Feltételek 19. és 20. pontja tartalmazza.</p>
A szerződés kezdetekor jelentkező kötelezettségek	<p>A szerződőnek díjfizetési kötelezettsége van.</p>
A szerződés időtartama alatt fennálló kötelezettségek	<ul style="list-style-type: none">• A szerződőnek a biztosításba belépő illetve kilépő biztosítottakra vonatkozóan bejelentési kötelezettsége van.• A szerződő köteles a biztosított foglalkozásának és tevékenységeinek, valamint a díj megállapításánál figyelembe vett egyéb körülmények tartam alatti megváltozását 30 napon belül bejelenteni a Biztosítónak.• A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli.



A kárigény bejelentése esetén jelentkező kötelezettségek	A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül személyesen vagy írásban a Biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
A szerződés időtartama, beleértve a szerződés kezdetének és végének időpontját	A biztosítás a szerződő és a Biztosító kölcsönös megállapodása szerint határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.
A szerződés megszűnésének esetei	<ul style="list-style-type: none">• A biztosítás tartamának lejártakor, ha a biztosítás nem került meghosszabbításra;• A biztosítási díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a Biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;• A biztosítási szerződés felmondásával;• A biztosított csoport megszűnésével;• Egyéb, a Különös Feltételekben meghatározott esetekben.
A termékismertető nem minősül a Biztosító általi ajánlattételnek. A termék részletes ismertetője a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben és a Betegségből eredő kórházi ápolás esetén napi térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételeiben találhatóak.	



Rokkantságra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1. Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek.
2. **Jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosított a biztosítási tartamon belül bekövetkező és a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen, még a biztosítás tartama alatt megállapított D, E kategóriába eső egészségkárosodása, feltéve, hogy a rokkantosságot eredményező betegség vagy baleset a biztosítás kockázatviselése alatt következett be.**
3. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.
4. **A biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki a nem baleseti rokkantsági szolgáltatásra (a szerződéskötéskor már a biztosított körben lévők esetében a szerződéskötéstől számítva; a biztosított körbe újonnan belépők esetében a belépés napjától számítva). A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási eseményre a biztosító nem fizet szolgáltatást.**
5. A várakozási idő nem vonatkozik arra az esetre, ha a biztosított a kockázatviselés kezdetét követően fellépő heveny fertőző betegség (előzmény nélkül hirtelen fellépő bakteriális, vírusos, gombás, vagy protozoon okozta megbetegedés) következtében rokkant meg.
6. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosítók által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Rokkantságra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

Jellemzők	Rokkantságra szóló csoportos biztosítás
A biztosítási termék típusa	Csoportos baleset- és egészségbiztosítás
Összefoglaló a biztosítási fedezetről	<p>A biztosított a biztosítási tartamon belül bekövetkező D, E kategóriába eső egészségkárosodása, feltéve, hogy a rokkantosságot eredményező betegség vagy baleset a biztosítás kockázatviselése alatt következett be. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.</p> <p>A biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki a nem baleseti rokkantsági szolgáltatásra. A várakozási idő nem vonatkozik arra az esetre, ha a biztosított a kockázatviselés kezdetét követően fellépő heveny fertőző betegség következtében rokkant meg.</p>
A biztosítási díj fizetésének módja és a fizetések ütemezése	<p>A biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt gyakorisággal és módon történik.</p>
Fő kizárások, ahol kárigény bejelentésének nincs helye	<ul style="list-style-type: none"> • Ha a biztosítási esemény a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be; • Ha a biztosítási esemény a biztosított folyamatos biztosítási jogviszonyának keletkezését követő két éven belül elkövetett öngyilkossága, illetve öngyilkossági kísérlete miatt következett be, még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el; • Öncsonkítással, vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre; • A biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre. <p>A kizárások teljes listáját, valamint a Biztosító mentesülését az Általános Szerződési Feltételek 19. és 20. pontja tartalmazza.</p>
A szerződés kezdetekor jelentkező kötelezettségek	A szerződőnek díjfizetési kötelezettsége van.
A szerződés időtartama alatt fennálló kötelezettségek	<ul style="list-style-type: none"> • A szerződőnek a biztosításba belépő illetve kilépő biztosítottakra vonatkozóan bejelentési kötelezettsége van. • A szerződő köteles a biztosított foglalkozásának és tevékenységeinek, valamint a díj megállapításánál figyelembe vett egyéb körülmények tartam alatti megváltozását 30 napon belül bejelenteni a Biztosítónak. • A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli.
A kárigény bejelentése esetén jelentkező kötelezettségek	A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül személyesen vagy írásban a Biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.



A szerződés időtartama, beleértve a szerződés kezdetének és végének időpontját	A biztosítás a szerződő és a Biztosító kölcsönös megállapodása szerint határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.
A szerződés megszűnésének esetei	<ul style="list-style-type: none">• A biztosítás tartamának lejártakor, ha a biztosítás nem került meghosszabbításra;• A biztosítási díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a Biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;• A biztosítási szerződés felmondásával;• A biztosított csoport megszűnésével;• Egyéb, a Különös Feltételekben meghatározott esetekben.
<p>A termékismertető nem minősül a Biztosító általi ajánlattételnek. A termék részletes ismertetője a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben és a Rokkantságra szóló csoportos biztosítás különös feltételeiben találhatóak.</p>	



COVID-19 vírusfertőzés által okozott rokkantságra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1. Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek.
2. **Jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált COVID19 vírusfertőzés - vagy annak szövődményei - által bekövetkezett és a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen, még a biztosítás tartama alatt megállapított D, E kategóriába eső egészségkárosodása, feltéve, hogy a rokkantosságot eredményező vírusfertőzés a biztosítás kockázatviselése alatt következett be.**
3. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.
4. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosítók által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Rokkantságra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

Jellemzők	Rokkantságra szóló csoportos biztosítás
A biztosítási termék típusa	Csoportos baleset- és egészségbiztosítás
Összefoglaló a biztosítási fedezetről	<p>Jelen biztosításban biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált COVID19 vírusfertőzés - vagy annak szövődményei - által bekövetkezett és a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen, még a biztosítás tartama alatt megállapított D, E kategóriába eső egészségkárosodása, feltéve, hogy a rokkantosságot eredményező vírusfertőzés a biztosítás kockázatviselése alatt következett be.</p> <p>A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki az arra jogosult részére az általa megjelölt módon.</p>
A biztosítási díj fizetésének módja és a fizetések ütemezése	A biztosítási díj fizetése az ajánlaton megjelölt gyakorisággal és módon történik.
Fő kizárások, ahol kárigény bejelentésének nincs helye	<ul style="list-style-type: none"> • Ha a biztosítási esemény a szerződő, a biztosított vagy a kedvezményezett szándékos, súlyosan gondatlan vagy jogellenes magatartásával összefüggésben következett be; • Ha a biztosítási esemény a biztosított folyamatos biztosítási jogviszonyának keletkezését követő két éven belül elkövetett öngyilkossága, illetve öngyilkossági kísérlete miatt következett be, még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el; • Öncsonkítással, vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre; • A biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre. <p>A kizárások teljes listáját, valamint a Biztosító mentesülését az Általános Szerződési Feltételek 19. és 20. pontja tartalmazza.</p>
A szerződés kezdetekor jelentkező kötelezettségek	A szerződőnek díjfizetési kötelezettsége van.
A szerződés időtartama alatt fennálló kötelezettségek	<ul style="list-style-type: none"> • A szerződőnek a biztosításba belépő illetve kilépő biztosítottakra vonatkozóan bejelentési kötelezettsége van. • A szerződő köteles a biztosított foglalkozásának és tevékenységeinek, valamint a díj megállapításánál figyelembe vett egyéb körülmények tartam alatti megváltozását 30 napon belül bejelenteni a Biztosítónak. • A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli.
A kárigény bejelentése esetén jelentkező kötelezettségek	A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül személyesen vagy írásban a Biztosító bármely szervezeti egységénél be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.



A szerződés időtartama, beleértve a szerződés kezdetének és végének időpontját	A biztosítás a szerződő és a Biztosító kölcsönös megállapodása szerint határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.
A szerződés megszűnésének esetei	<ul style="list-style-type: none">• A biztosítás tartamának lejártakor, ha a biztosítás nem került meghosszabbításra;• A biztosítási díj esedékességétől számított 60 nap elteltével, ha addig a hátralékos díjat nem fizették meg és a szerződő arra halasztást nem kapott, illetve a Biztosító követelését bírósági úton nem érvényesítette;• A biztosítási szerződés felmondásával;• A biztosított csoport megszűnésével;• Egyéb, a Különös Feltételekben meghatározott esetekben.
<p>A termékismertető nem minősül a Biztosító általi ajánlattételnek. A termék részletes ismertetője a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételeiben és a Rokkantságra szóló csoportos biztosítás különös feltételeiben találhatóak.</p>	