

Csoportos Kockázati Életbiztosítás

Ügyfélértékelő

Terméktájékoztató

Csoportos Kockázati Életbiztosítás Általános Feltételei

Csoportos Kockázati Életbiztosítás Különös Feltételei

Hatályos 2016. január 1-től

„A” csomagok havi díjai - Kockázati életbiztosítás

Szolgáltatási csomagok		A1	A2	A3	A4
Biztosítási összegek		2 000 000 Ft	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft
Belépési életkor	18 - 30 év	640 Ft	1 490 Ft	2 790 Ft	4 090 Ft
	31 - 40 év	790 Ft	1 890 Ft	3 690 Ft	5 390 Ft
	41 - 50 év	1 350 Ft	2 990 Ft	5 790 Ft	8 390 Ft
	51 - 60 év	2 090 Ft	4 990 Ft	9 690 Ft	14 190 Ft
	61 - 65 év	2 990 Ft	6 990 Ft	13 590 Ft	19 990 Ft

„B” csomagok havi díjai - Kockázati életbiztosítás Kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítással és Egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítással

Szolgáltatási csomagok		B1	B2	B3	B4
Biztosítási összegek	Kockázati életbiztosítás	2 000 000 Ft	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft
	Kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás*	1 000 000 Ft	2 500 000 Ft	5 000 000 Ft	7 500 000 Ft
Egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítás		igen	igen	igen	igen
Belépési életkor	18 - 30 év	1 540 Ft	2 990 Ft	5 290 Ft	7 590 Ft
	31 - 40 év	1 850 Ft	3 790 Ft	6 990 Ft	10 090 Ft
	41 - 50 év	2 690 Ft	5 590 Ft	10 490 Ft	15 190 Ft
	51 - 60 év	4 190 Ft	9 490 Ft	18 190 Ft	26 690 Ft
	61 - 65 év	5 490 Ft	12 490 Ft	24 090 Ft	35 490 Ft

* Kritikus betegségekre vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Kockázati életbiztosítás biztosítási összege a különös feltételek A. I. 3. és B. III. 3. pontja alapján a felére csökken, a kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás pedig a különös feltételek B. III. 4. pontja alapján megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének napján.

Ügyfélértékelő

A biztosítási szerződés jellemzőiről az ERGO Életbiztosító Zrt. Csoportos Kockázati Életbiztosítás Általános Feltételei és az egyes kockázatokat meghatározó Csoportos Kockázati Életbiztosítás Különös Feltételei adnak tájékoztatást.

A biztosítási időszakkal és tartammal, a kockázatviselés kezdetével, a biztosítási eseménnyel, a díjfizetéssel, a díjmódosítás módjával, idejével, a biztosító szolgáltatásával, annak teljesítési módjával, idejével, a biztosítási fedezet megszűnésének eseteivel, a biztosítási fedezet felmondásának feltételeivel, a biztosító mentesülésének feltételeivel, az alkalmazott kizárásokkal, az értékkövetéssel kapcsolatos részletes szabályokat a fenti feltételek tartalmazzák.

A könnyebb tájékozódás érdekében e szabályokra vonatkozó rendelkezéseket szürke háttérrel jelöltük, ezért a biztosított nyilatkozat aláírása előtt, illetve telefonon keresztül tett biztosított nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezet esetén a biztosítási fedezetet igazoló dokumentum kézhezvételét követően szíveskedjék ezek a részeket fokozott figyelemmel áttanulmányozni.

Az ügyfelek az esetleges panaszait az ERGO Életbiztosító Zrt. székhelyén, telefon-, illetve faxszámán, szóban, írásban vagy e-mailen adhatják elő.

A biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszosnak a panasz kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatást adni.

A panasz elutasítása esetén az ügyfelek a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál (1013 Budapest, Krisztina körút 39., postacíme: 1534 Budapest, BKKP Pf.: 777., tel.: +36 1 489 9100) fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhetnek vagy a biztosítási fedezet létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhatnak vagy a Pénzügyi Békéltető Testület (1013 Budapest, Krisztina krt. 39., postacíme: 1525 Budapest, BKKP Pf.: 172.) eljárását kezdeményezhetik. A panasz vagy a jogvita rendezésének sikertelensége esetén a bírói út igénybevétele is lehetséges. A bizto-

sító a panaszkezelési eljárásának részletes szabályait a honlapján (www.ergo.hu) teszi közzé.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító csak a feladatai ellátásához szükséges (a biztosítási szerződéssel, a biztosítási fedezettel, azok létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással összefüggő) adatokat, mint biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni. Biztosítási titoknak minősül 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 – kivéve, ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító és a biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

A biztosítási szerződésre és az abból fakadó igények érvényesítésére a magyar jog szabályait kell alkalmazni.

A biztosító fizetőképességével és pénzügyi helyzetével kapcsolatban évente a honlapján (www.ergo.hu) jelentést tesz közzé.

Javasoljuk, hogy a biztosított nyilatkozat aláírása előtt, illetve telefonon keresztül tett biztosított nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezet esetén a biztosítási fedezetet igazoló dokumentum kézhezvételét követően ismerje meg, gondosan tanulmányozza át a szerződési feltételeinket, szükség esetén kérjen segítséget megbízott közvetítőinktől, illetve a szerződőtől. Tájékoztatjuk, hogy szerződéses jogviszonyunk fennállása alatt az egymáshoz intézett jognyilatkozatok csak írásban érvényesek, kivéve telefonon keresztül tett biztosított nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezet esetén, ahol az ügyfél biztosított nyilatkozatát szóban teszi meg.

ERGO Életbiztosító Zrt.

Biztosító neve:	ERGO Életbiztosító Zrt.
Társasági formája:	Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Székhelyének állama:	Magyarország
Biztosító székhelye:	1082 Budapest, Futó u. 47-53. III. emelet
Cégjegyzékszám:	Cg. 01-10-044524
Biztosító levelezési címe:	1428 Budapest Pf. 5.
Internetes honlapja:	www.ergo.hu
Panaszkezelő szervezeti egység:	ERGO Életbiztosító Zrt. Ügyfélszolgálat, 1082 Budapest, Futó u. 47-53. III. emelet
Telefon:	+36 1 877 1111
Fax:	+36 1 877 1110
E-mail:	ergo@ergo.hu
Felügyeleti szerv:	Magyar Nemzeti Bank (MNB) 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Biztosító adatkezelési nyilvántartási azonosítója:	02525-0001

Terméktájékoztató Csoportos Kockázati Életbiztosításhoz

A Szerződő és a Biztosító	A Sberbank Magyarország Zrt. (továbbiakban: Szerződő) és az ERGO Életbiztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Kockázati Életbiztosítási szerződést kötött a Szerződő azon ügyfelei számára, akiknek számlatulajdonosként a Szerződőnél fizetési számlája van.
A Biztosított	A Szerződő ügyfelének Biztosítottként csatlakozási lehetősége van a csoportos biztosításhoz a biztosítotti nyilatkozat megtételével. A Biztosított belépési kora 18-65 év lehet, csatlakozáskor nem részesülhet a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti saját jogú nyugellátásban és nem rendelkezhet legalább 40%-os mértéket elérő egészségi állapot károsodással. A Biztosított átvállalja a Szerződőtől a biztosítási fedezet díjának megfizetését.
A Kedvezményezett	A Biztosító a kockázatviselés ideje alatt a Biztosítottat ért biztosítási esemény alapján szolgáltatást nyújt a Kedvezményezettnek . A Biztosított írásbeli nyilatkozattal Kedvezményezettet jelölhet csatlakozáskor vagy a biztosítási fedezet időtartama alatt. Ha más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölés hatályát veszítette, akkor a Biztosított életében esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított, a haláleseti szolgáltatás Kedvezményezettje(i) pedig a Biztosított örököse(i).
A biztosítási feltételek	A biztosítási fedezetre a Csoportos Kockázati Életbiztosítás Általános Feltételei (EIGB1042V02) és a Csoportos Kockázati Életbiztosítás Különös Feltételei (EIGB1043V01) (továbbiakban együtt: biztosítási feltételek) vonatkoznak.
A kockázatviselés tartama	A Biztosítottra vonatkozó kockázatvállalás a biztosítási fedezet. A biztosítási fedezet hatálya és a Biztosító kockázatviselése a biztosítotti nyilatkozat aláírását vagy telefonon keresztül történő szóbeli megtételét követő napon 0:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási fedezet létrejön. A kockázatviselés legfeljebb a Biztosított 70 éves koráig tart.
Kockázatelbírálás	A Biztosító a csatlakozási szándék értékelése során kockázatelbírálást végez , mely eredményeképp a csatlakozási szándékot elfogadja vagy elutasítja. Ennek során kérheti a Biztosított egészségi nyilatkozatát, orvosi vizsgálatát, illetve a Biztosított egyéb írásbeli nyilatkozatát. A Biztosító a Biztosított egészségi nyilatkozatát telefonon keresztül is kérheti, a beszélgetésről hangfelvétel készül. Amennyiben a Biztosító nem végez egészségi kockázatelbírálást, a kockázatviselés nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre , amelyek a Biztosított kockázatviselést megelőző három éven belül bizonyíthatóan diagnosztizált vagy gyógykezelt betegsége vagy az azt jelző vagy megelőző megváltozott egészségi állapota vagy a kockázatviselést megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása miatt, ezekkel ok-okozati összefüggésben, a kockázatviselés megkezdését követő öt éven belül következtek be. A biztosítási fedezet ezekben az esetekben kifizetés nélkül szűnik meg.
Kizárás, mentesülés	A Biztosító további kizárásokat is alkalmaz, illetve mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól. Ezen esetek részletes leírása a biztosítási feltételekben található.
Fedezetigazolás	A Biztosító a csatlakozási szándék elfogadásaként biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot állít ki. Telefonon keresztül tett biztosítotti nyilatkozat esetén a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot, a terméktájékoztatót és a biztosítási feltételeket a Biztosító egy időben küldi meg a Biztosított részére.

Felmondás	A biztosítási fedezet bármikor felmondható a Biztosítóhoz eljuttatott írásbeli nyilatkozattal, mely esetben a biztosítási fedezet a felmondás Biztosítóhoz történő beérkezése naptári hónapjának utolsó napján megszűnik. Amennyiben a felmondást a Biztosított a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől számított 30 napon belül postára adja, vagy egyéb igazolható módon a Biztosítónak elküldi, a Biztosító a biztosítási fedezet esetlegesen beérkezett biztosítási díját haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a Biztosítottnak visszatulja . Ezen jogosultság magában foglalja a Biztosítottat, mint fogyasztót a 2005. évi XXV. törvény alapján megillető rendkívüli felmondási jogot is.
Szolgáltatási csomag	A Biztosított a biztosított nyilatkozatban szolgáltatási csomagot határozhat meg. A szolgáltatási csomag a tartam során nem módosítható.
A Biztosító szolgáltatása	<p>Kockázati életbiztosítás: A Biztosított kockázatviselés tartama alatti halála esetén a Biztosító a haláleseti szolgáltatásra megjelölt Kedvezményezett(ek) részére teljesíti a biztosítási fedezetben meghatározott biztosítási összeget. Amennyiben a Biztosító a haláleseti szolgáltatást megelőzően már szolgáltatást nyújtott a kritikus betegségekre vonatkozó biztosítás alapján, a Biztosító haláleseti szolgáltatás-ként a kockázati életbiztosítás biztosítási összegének 50%-át nyújtja.</p> <p>Kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás: A Biztosított kockázatviselés tartama alatti kritikus betegségének bekövetkezése esetén a Biztosító a Kedvezményezett(ek) részére teljesíti a biztosítási fedezetben meghatározott biztosítási összeget. A Biztosító a biztosítási összeget a kockázatviselés tartama alatt legfeljebb egyszer fizeti ki akkor is, ha a Biztosított tekintetében több kritikus betegség együttesen lép fel. A kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének napján. A kritikus betegségek listáját a biztosítási feltételek tartalmazzák.</p> <p>Egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítás: a Biztosított kockázatviselés tartama alatti, bármilyen típusú daganatos betegségekre specifikus diagnosztikus vizsgálatának előírása esetén a Biztosító közreműködőjén keresztül állapotfelmérő szakorvosi konzultációt, betegirányítási asszisztenciát, és a diagnosztikai vizsgálatok elvégzését követő szakorvosi konzultációt biztosít a Biztosított részére. Az egészségügyi szervezési szolgáltatás részletes leírása a biztosítási feltételekben található.</p>
Várakozási idő	A kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás és az egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítás kockázatviselése a biztosítási fedezet hatálybalépésétől számított 90 nap elteltével kezdődik, amennyiben a biztosítási fedezet létrejön (várakozási idő).
Díjfizetés	A Biztosított a biztosítási fedezet díját havi gyakorisággal, a Biztosított Szerződőnél vezetett fizetési számlájáról, csoportos beszedési megbízással fizetheti meg. A díj a szolgáltatási csomagtól és a belépési életkortól függ. A Biztosító a biztosítási fedezet díját módosíthatja, ha a díjkalkuláció alapját képező statisztikákban jelentős változás történik. A módosítás mértéke a biztosítási fedezet tartama alatt a kezdeti díjhoz képest összesen legfeljebb 20%-os mértékű lehet. A Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés teljes tartama alatt a belépési életkora alapján meghatározott díjat vállalja át, a díj az életkor növekedésével párhuzamosan nem változik.

Megszűnés	A biztosítási fedezet megszűnésének eseteit a biztosítási feltételek határozzák meg. A megszűnt biztosítási fedezetet az eredeti feltételeknek megfelelően újból hatályba léptetni nem lehet.
Szolgáltatás	A Biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az elbíráláshoz szükséges valamennyi irat beérkezésétől, illetve a különös feltételekben egyes kockázatok esetén meghatározott időszak elteltétől számított 15 munkanapon belül (a szolgáltatás esedékessége) teljesíti.
Adatkezelés	A Biztosító a biztosítási fedezettel kapcsolatos adatkezelésről az Ügyfélértékelő tájékoztatóban, a biztosítási feltételekben, valamint a honlapján (www.ergo.hu) folyamatosan elérhető adatkezelési tájékoztatóban ad tájékoztatást.

Tájékoztató a függő biztosításközvetítő adatairól

A Sberbank Magyarország Zártkörűen Működő Részvénytársaság (a továbbiakban: Sberbank) az ERGO Életbiztosító Zrt. megbízásából függő biztosításközvetítőként jár el a Csoportos Kockázati Életbiztosítás kapcsán.

A Sberbank székhelye: 1088 Budapest, Rákóczi út 7., a székhely állama Magyarország.

A biztosításközvetítő felügyeleti hatósága: Magyar Nemzeti Bank (MNB).

Felügyeleti nyilvántartási száma: 205030962827

A nyilvántartás az MNB honlapján (www.mnb.hu) tekinthető meg.

A Sberbank nem rendelkezik minősített többségi befolyással az ERGO Biztosító Zrt.-ben. Az ERGO Életbiztosító Zrt. vagy annak anyavállalata nem rendelkezik minősített befolyással a Sberbankban.

A Sberbank, mint biztosításközvetítő ügyféltől díjat és a biztosítótól ügyfélnek járó összeget nem vehet át.

A Sberbank és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy által biztosítási termékek közvetítői tevékenysége során okozott kárért vagy felmerült sérelemdíj megfizetéséért az a biztosító felelős, amely terméknek közvetítése során az ügynök a kárt okozta.

A Sberbank biztosításközvetítési tevékenységével kapcsolatos panasz írásban a Sberbanknál, mint a panasz elbírálására jogosult szervénél (tel.: +36 1 414 243, e-mail: info@sberbank.hu), illetve a Magyar Nemzeti Banknál mint felügyeleti szervnél (1013 Budapest, Krisztina körút 39., postacíme: 1534 Budapest BKKP, Pf. 777, tel.: +36 40 203 776, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) tehető.

Csoportos Kockázati Életbiztosítás

Általános Feltételei

I. Általános rendelkezések

1. Az ERGO Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) díjfizetés ellenében a létrejött biztosítási szerződésben foglalt, a Csoportos Kockázati Életbiztosítás Különös Feltételeiben meghatározott szolgáltatást nyújtja.
2. A biztosítóval kötött biztosítási szerződésre (a továbbiakban: biztosítási szerződés), azon belül az egyes biztosítottakra vonatkozó biztosítási fedezetre a jelen Csoportos Kockázati Életbiztosítás Általános Feltételei (a továbbiakban: általános feltételek), az egyes kockázatokot meghatározó Csoportos Kockázati Életbiztosítás Különös Feltételei (a továbbiakban: különös feltételek, a hivatkozott dokumentumok együtt: biztosítási feltételek), a biztosított nyilatkozat és annak mellékletei, a biztosítási fedezetet igazoló dokumentum, valamint a mindenkor hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
3. A szerződés nyelve magyar. A biztosított kérésére a biztosító vállalhatja, írásbeli vállalása esetén pedig köteles elkészíteni és átadni az okiratokról készült fordítást, de az iratok magyar nyelvű szövege tekintendő a hiteles szövegnek.

II. A biztosítási szerződés alanyai

1. A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében viseli a biztosítási kockázatot, és vállalja a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítését.
2. A szerződő (biztosítást kötő fél) az a pénzintézet, aki az ügyfelei javára a biztosítóval a biztosítási szerződésben meghatározott feltételek szerint a biztosítást megköti.
3. A jelen általános feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés csoportos biztosítás, amelynek hatálya egyidejűleg több biztosítottra terjed ki. Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatvállalás a biztosítási fedezet. A biztosítási szerződés tartama alatt a biztosítottak száma változhat.
4. A biztosított az a természetes személy, akinek az életére vagy egészségi állapotára a biztosítási védelem kiterjed, és akinek számlatulaj-

- donosként a szerződő pénzintézetnél fizetési számlája vagy hitelkártyája van. Biztosított az lehet, aki a biztosítási szerződéshez csatlakozott, és átvállalja a szerződőtől a biztosítási fedezet díjának megfizetését. A biztosítási szerződéshez történő csatlakozáshoz a biztosított írásbeli vagy telefonon keresztül tett szóbeli, rögzített hozzájárulása szükséges (a továbbiakban: biztosított nyilatkozat). A biztosított nyilatkozat tartalmazza a biztosított szerződő pénzintézetnél vezetett fizetési számlája számlaszámát vagy hitelkártyája számát. A biztosított csak egy fizetési számla vagy hitelkártya alapján csatlakozhat a biztosítási szerződéshez, ugyanakkor a számla vagy a hitelkártya a biztosítás tartama alatt módosítható.
5. A biztosított a biztosítási szerződésbe szerződként nem léphet be.
 6. A biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához a biztosított hozzájárulása nem szükséges, ide nem értve a biztosítási szerződés hatályának a biztosítottra történő kiterjesztését (a biztosított csatlakozását).
 7. Nem csatlakozhat biztosítottként a biztosítási szerződéshez az a személy, aki:
 - a) a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti saját jogú nyugellátásban részesül vagy
 - b) legalább 40%-os mértéket elérő egészségi állapot károsodással rendelkezik.
 8. Az egyes biztosítottakra vonatkozó biztosítási fedezet annak a biztosítási időszaknak az utolsó napjáig tart, amelyben a biztosított betölti a különös feltételekben meghatározott legmagasabb életkort (lejáratkori életkor).
 9. A biztosított belépési életkora a biztosítási fedezet kockázatviselése kezdetének naptári éve és a biztosított születési éve közötti különbség. A biztosított legalacsonyabb és legmagasabb belépési életkorát a biztosító hatályos Díjszabása tartalmazza.
 10. Ha a biztosított kiskorú, a biztosítási szerződéshez történő csatlakozáshoz a törvényes képviselő hozzájárulása szükséges. Ha a biztosított cselekvőképességében vagyoni nyilatkozatai tekintetében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú személy, a biztosítási szerződéshez történő csatlakozásához a gyámhatóság hozzájárulása szükséges.
 11. A kedvezményezett az a személy, aki a biztosító szolgáltatására jogosult. A szerződő a biz-

tosított javára lemond a kedvezményezett jelölés jogáról.

12. A biztosított a biztosítotti nyilatkozaton, illetve a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt bármikor írásbeli nyilatkozattal kedvezményezettet jelölhet, valamint azt a biztosítási esemény bekövetkezéséig módosíthatja a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozatával. Amennyiben a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt elhalálozik, vagy jogutód nélkül megszűnik, a kedvezményezett kijelölése hatályát veszíti. Ha a biztosítási szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölés hatályát veszítette, akkor a biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított, a haláleseti szolgáltatás kedvezményezettje(i) pedig a biztosított örököse(i).
13. Ha a biztosított a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem vonhatja vissza, illetve nem változtathatja meg azon személy hozzájárulása nélkül, akinek a részére a kötelezettségvállalást tette (visszavonhatatlan kedvezményezett jelölés). A visszavonhatatlan kedvezményezett jelölésről a biztosítót tájékoztatni kell.

III. A biztosítási szerződés és a biztosítási fedezet létrejötte

1. A biztosítási szerződés a szerződő és biztosító közötti írásbeli megállapodással jön létre.
2. A biztosítási szerződés létrejöttét követően az egyes biztosítottak a biztosítási szerződéshez történő csatlakozási szándékukat a biztosított nyilatkozatban írásban vagy telefonon keresztül szóban teszik meg.
3. A biztosított biztosítási szerződéshez történő csatlakozásának feltétele, hogy a biztosított nyilatkozat megtételének időpontjában a szerződő pénzintézetnél fizetési számlával vagy hitelkártyával rendelkezzen, vagy a biztosított nyilatkozat megtételével egyidejűleg erre irányuló kérelmet nyújtson be a szerződő pénzintézethez.
4. A biztosított biztosítási szerződéshez történő csatlakozási szándékának értékelése során a biztosító kockázatalbírálatát végez. Ennek során kérheti a biztosított egészségi nyilatko-

zatát, orvosi vizsgálatát, illetve a biztosított egyéb írásbeli nyilatkozatát. A biztosító a biztosított egészségi nyilatkozatát telefonon keresztül is kérheti. A biztosítónak jogában áll ellenőrizni az előtte ily módon ismertté vált adatokat. A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálat eredményét az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

5. A biztosított nyilatkozatai, a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszok, valamint az orvosi vizsgálat eredménye a biztosítási fedezet részét képezik. A biztosított köteles a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul megtenni.
6. A kockázatalbírálat eredményétől függően a biztosító a biztosítási szerződéshez történő csatlakozási szándékot a biztosított nyilatkozat beérkezésétől számított 30 napon belül, illetve ha a csatlakozási szándék elbírálásához egészségi kockázatalbírálásra van szükség, 60 napon belül írásban elfogadja vagy elutasítja. Ha a biztosított nyilatkozat beérkezésétől számított 30 napos, illetve 60 napos kockázatalbírálati idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a biztosító a csatlakozási szándékot csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha erre a lehetőségre a biztosított nyilatkozaton a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt fedezet jellege, vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy a csatlakozási szándék elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges. Az elutasítást a 30, illetve 60 napos határidőn belül kell a biztosítottal közölni. Az elutasítást a biztosító nem köteles megindokolni. Az iratok, valamint a biztosító által végeztetett orvosi vizsgálatok leletei a biztosító tulajdonát képezik.
7. A biztosítási fedezet a csatlakozási szándékot a biztosító általi, a kockázatalbírálati idő alatt megtett elfogadásakor jön létre. Amennyiben a kockázatalbírálati időn belül a biztosító az elfogadásról nem nyilatkozik, a biztosítási fedezet nem jön létre.
8. A biztosító a csatlakozási szándék elfogadásaként biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot állít ki. Telefonon keresztül tett biztosított nyilatkozat esetén a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot, a termék tájékoztatót és a biztosítási feltételeket a biztosító egy időben küldi meg a biztosított részére.
9. A biztosított a biztosítási fedezetet annak tartama alatt bármikor felmondhatja a biztosítóhoz eljuttatott írásbeli nyilatkozatával. Ezen

jogosultság magában foglalja a biztosítottat, mint fogyasztót a 2005. évi XXV. törvény alapján megillető rendkívüli felmondási jogot is. Amennyiben a felmondást a biztosított a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől számított 30 napon belül postára adja, vagy egyéb igazolható módon a biztosítónak elküldi, a biztosító a biztosítási fedezet esetlegesen beérkezett biztosítási díját haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül a biztosítottnak visszautalja.

10. Ha a biztosított a telefonon keresztül tett biztosítotti nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezetről szóló tájékoztatást a biztosítotti nyilatkozat megtételét követően kapja kézhez, felmondási jogát a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől kezdődően a tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül gyakorolhatja.
- Ha a biztosító a biztosítottnak a telefonon keresztül tett biztosítotti nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezetről semmiféle tájékoztatást nem nyújt, a biztosított felmondási jogát a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől kezdődően a tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül, de legfeljebb a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől számított egy éves jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.
- Ha a biztosító a biztosítottnak a telefonon keresztül tett biztosítotti nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezetről nem megfelelő tartalmú tájékoztatást nyújt, a biztosított felmondási jogát a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől kezdődően a tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül, de legfeljebb a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől számított három hónapos jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.
- Ha a biztosító a felmondási jogról a biztosítottat nem tájékoztatta, a biztosított felmondási jogát a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől kezdődően a felmondási jogról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül, de legfeljebb a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől számított egy éves jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.
11. Nem illeti meg a biztosítottat a telefonon keresztül tett biztosítotti nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezet 9. pontban körülírt felmondási joga, ha a biztosított kifejezett

kérése alapján a biztosító kockázatviselése a jelen általános feltételek IV. 1. és 2. pontjában leírtak szerinti megkezdődött és a felmondásra nyitva álló határidő alatt biztosítási esemény következett be és a biztosító szolgáltatást teljesített.

IV. Az egyes biztosítási fedezet hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete

1. Amennyiben a biztosított a biztosítotti nyilatkozat megtételének időpontjában érvényes és hatályos fizetési számla- vagy hitelkártya szerződéssel rendelkezik a szerződőnél, az egyes biztosítási fedezet hatálya és a biztosító kockázatviselése a biztosítotti nyilatkozat aláírását vagy telefonon keresztül történő szóbeli megtételét követő napon 0:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási fedezet létrejön.
2. Amennyiben a biztosított a biztosítotti nyilatkozat megtételének időpontjában még nem rendelkezik érvényes és hatályos fizetési számla- vagy hitelkártya szerződéssel a szerződőnél, az egyes biztosítási fedezet hatálya és a biztosító kockázatviselése a szerződő pénzügyintézetnél vezetett fizetési számla- vagy hitelkártya szerződés hatályba lépése napján 0:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosítási fedezet létrejön.
3. Telefonon keresztül tett biztosítotti nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezetre vonatkozóan a kockázatviselés csak abban az esetben kezdődik meg az 1. és 2. pontok szerint, ha a biztosított ehhez kifejezetten hozzájárult. Ennek hiányában a kockázatviselés a jelen általános feltételek III. 9. pontjában meghatározott felmondási határidő leteltét követően kezdődik meg, feltéve, hogy a biztosítási fedezet létrejön.
4. A különös feltételek egyes kockázatokra ettől eltérő kockázatviselési kezdetet is meghatározhatnak.

V. A biztosítási szerződés és az egyes biztosítási fedezetre vonatkozó kockázatviselés tartama, területi hatálya

1. A biztosítási szerződés határozatlan időtartamra jön létre.
2. A biztosítási szerződést mind a szerződő, mind a biztosító megszüntetheti rendes felmondással írásban, 90 napos felmondási idővel,

a naptári év végére.

A biztosítót csak az alábbi esetekben illeti meg a rendes felmondás joga:

- a) hatósági kötelezés esetén;
- b) a szerződő szerződéses kötelezettségeinek nem teljesítése esetén.

A szerződő a biztosítási szerződés rendes felmondásának jogáról lemond 2016. december 31-ig, kivéve az alábbi esetben:

- a) a biztosító szerződéses kötelezettségeinek nem teljesítése esetén.
3. A biztosítási szerződést a szerződő és a biztosító közös megegyezéssel bármikor megszüntethetik.
4. A biztosító jogosult arra, hogy újabb biztosítottak biztosítási szerződéshez való csatlakozásának lehetőségét a szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal, 90 napos értesítési határidővel megszüntesse.
5. A biztosítási időszak 1 naptári hónap.
6. A biztosító egyes biztosítási fedezetekre vonatkozó kockázatviselése megszűnik a biztosítási fedezet megszűnésének napján 24:00 órakor.
7. A biztosító kockázatviselése a biztosítás tartamán belül a Földön bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki.
A különös feltételek egyes kockázatokra ettől eltérő területi hatályt is meghatározhatnak.

VI. Az egyes biztosítási fedezet megszűnésének esetei

1. A biztosítási fedezet megszűnik:
 - a) a biztosítási szerződés megszűnésének napján;
 - b) a biztosított jelen általános feltételek II. 8. pontjában körülírt lejárati életkorának betöltésekor annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján, amelyben betölti a különös feltételekben meghatározott legmagasabb életkort (lejáratkori életkor betöltése);
 - c) a biztosított halála esetén, a haláleset bekövetkezésének napján;
 - d) a biztosított írásbeli felmondásával a jelen általános feltételek III. 9. pontjában meghatározott esetben, a felmondás biztosítóhoz történő beérkezése naptári hónapjának utolsó napján, illetve ha a felmondást a biztosított a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől számított 30 napon belül postára adja, vagy egyéb igazolható módon a biztosítóinak elküldi, a beérkezés

napján (biztosított felmondása);

- e) a biztosító felmondásával a jelen általános feltételek VII. 8. pontjában meghatározott esetben (biztosítási kockázat jelentős növekedése miatti felmondás);
 - f) a biztosított felmondásával a jelen általános feltételek XI. 10. pontjában meghatározott esetben (biztosítási fedezet díjának változása miatti felmondás);
 - g) a biztosítási fedezetre vonatkozó díjfizetés elmulasztásának következményeként a jelen általános feltételek XII. 1. pontjában meghatározott esetben;
 - h) a biztosított szerződő pénzügyi vezetés utolsó fizetési számlájának vagy hitelkártyájának megszűnésekor, a megszűnés naptári hónapjának utolsó napján;
 - i) a különös feltételekben meghatározott további esetekben.
2. A biztosító a biztosítási fedezet megszűnéséről írásban értesíti a biztosítottat a megszűnést követő 15 napon belül.
3. A megszüntetett biztosítási fedezetet az eredeti feltételeknek megfelelően újból hatályba lépíteni nem lehet.

VII. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

1. A szerződő, illetve a biztosított jogosult a biztosítási szerződéssel, illetve a biztosítási fedezettel kapcsolatos jognyilatkozatok megtételére. A szerződő, illetve a biztosított jogosult a biztosítási szerződéssel, illetve a biztosítási fedezettel kapcsolatban a biztosítótól adatot, információt kérni, figyelemmel a személyes adatok kezelésére vonatkozó szabályokra is.
2. A biztosítási szerződés alapján a szerződő biztosítási díj fizetésére köteles. A biztosítási díj egyes biztosítottakra eső részének megfizetését a biztosított a biztosítotti nyilatkozatában a szerződőtől tartozáselvállalás keretében átvállalja, melyet a biztosító tudomásul vesz.
3. A szerződő köteles a biztosítottat tájékoztatni a biztosító által hozzá intézett nyilatkozatokról és a biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról a tájékoztatás kézhezvételétől számított 15 napon belül. Ez a kötelezettség a biztosítási esemény bekövetkezéséig áll fenn.
4. A közlési kötelezettség alapján a biztosított a biztosítotti nyilatkozat megtételkor köteles minden olyan körülményt közölni a biztosítóval, amely a biztosítás elvállalása szempontjára

ból lényeges, és amelyet ismert vagy ismernie kellett. A biztosított közlési kötelezettségének azzal tesz eleget, ha a biztosító által írásban, illetve telefonon keresztül tett biztosítotti nyilatkozat esetén szóban feltett kérdésekre a valóságnak megfelelően és hiánytalanul válaszol, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon szereplő nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően teszi meg. A kockázatelbírálás során esetlegesen elvégzett orvosi vizsgálat a biztosítottat közlési kötelezettsége alól nem mentesíti.

5. Amennyiben a biztosító a biztosított életkora vagy más kockázati tényező helytelen bevallása miatt a valószínű alacsonyabb díjat állapította meg a biztosítási fedezet ellenértékéért, a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított tényleges adatainak és a ténylegesen befizetett díjnak megfelelő szolgáltatást fog teljesíteni. Ha a biztosítási fedezet megállapított díja meghaladja a szükséges mértéket, akkor a biztosító a többletet visszafizeti a biztosítottnak.
6. A változásbejelentési kötelezettség alapján a biztosított a rá vonatkozó biztosítási fedezet tartama alatt köteles a biztosítotti nyilatkozatban közölni, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül írásban bejelenteni a biztosítónak. Lényegesnek minősül az a körülmény, amelyre vonatkozóan a biztosító írásban, illetve telefonon keresztül tett biztosítotti nyilatkozat esetén szóban kérdést tett fel, és amelyekről írásbeli bejelentést kér, illetve amelyekre vonatkozóan nyilatkozattételi kötelezettséget írt elő. Így lényeges körülmény különösen a biztosított neve, lakcíme, postai címe. A biztosított egészségi állapotában beállott változást a biztosítóhoz nem kell bejelenteni, kivéve, ha a különös feltételek másként nem rendelkeznek.
7. A biztosított nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy a bejelentésre köteles lett volna. Amennyiben a biztosított a közlési és változásbejelentési kötelezettségének nem tesz eleget, a biztosító mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség alól a jelen feltételek XV. 2. pontjában körülírt módon.
8. Amennyiben a biztosító a biztosítási fedezet létrejötte után szerez tudomást a biztosítási fedezetet érintő lényeges körülményekről, továbbá ha a biztosítási szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását a biztosított bejelenti, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, akkor a biztosító a tudomás-szerzéstől, illetve a kézhezvételtől számított 15 napon belül írásban javaslatot tehet a biztosítási fedezet módosítására, vagy a biztosítási fedezetet 30 napra írásban felmondhatja. Amennyiben a biztosított nem fogadja el a módosító javaslatot vagy arra 30 napon belül nem válaszol, a biztosítási fedezet a módosító javaslat közlését követő 30. napon megszűnik, feltéve, hogy a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a biztosított figyelmét felhívta. Ha a biztosító a jelen pontban meghatározott jogaival nem él, a biztosítási fedezet az eredeti tartalommal marad hatályban.

9. A szerződő, a biztosított (egyres kockázatok tekintetében), illetve a kedvezményezett(ek) köteles(ek) a biztosítási esemény bekövetkezését a jelen általános feltételek XIV. 1. pontjában meghatározott módon a biztosítónak bejelenteni.
10. A biztosító köteles a biztosítási szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújtani, és a biztosítási esemény kockázatviselés kezdetét követő bekövetkezése esetén a biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatásokat teljesíteni.

VIII. Maradékjogok

1. A biztosítási szerződéshez maradékjogok nem kapcsolódnak, így nem visszavásárolható és díjmentesen nem leszállítható.
2. A biztosító a kockázati életbiztosítás és kritikus betegségekre vonatkozó biztosítás díját 0,0% technikai kamat felhasználásával állapítja meg. A biztosító nem ír jóvá többlethozamot.

IX. A biztosítási esemény

1. A jelen általános feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés szerint biztosítási eseménynek minősül a különös feltételekben ilyenként meghatározott esemény bekövetkezése.
2. A biztosítási szerződés szerint az egyes biztosítottak vonatkozásában vállalt biztosítási szolgáltatási csomagot a biztosítási fedezetet igazoló dokumentum tartalmazza.

X. Általános kizárások

1. A jelen általános feltételek szerint a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi eseményekre, amennyiben a biztosítási esemény:
 - a) atommag szerkezetének módosulása, radioaktív sugárzás vagy egyéb ionizáló sugárforrás miatt következett be;
 - b) a biztosítottnak háborús cselekményekben valamelyik fél mellett történő aktív részvétele miatt következett be;
 - c) a biztosított kockázatviselést megelőző három éven belül bizonyíthatóan diagnosztizált vagy gyógykezelt betegsége vagy az azt jelző vagy megelőző megváltozott egészségi állapota vagy a kockázatviselést megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása miatt, ezekkel ok-okozati összefüggésben, a kockázatviselés kezdetét követő öt éven belül következett be, feltéve, hogy a biztosítási fedezet a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata nélkül jött létre;
 - d) a biztosítottnak az adott gépjármű-kategóriára érvényes jogosítvány nélküli vagy ittas állapotban történt gépjárművezetése közben következett be;
 - e) a biztosított kábító vagy bódító szerek hatása alatt állt, és az esemény ezzel összefüggésben következett be;
 - f) a biztosított ittas állapotával okozati összefüggésben következett be;
 - g) a biztosított alkoholizmusával okozati összefüggésben következett be;
 - h) annak következménye, hogy a biztosított olyan gyógyszert szedett, amelyet számára nem orvos rendelt vagy azt nem az előírásoknak megfelelően alkalmazta, és a biztosítási esemény ezzel okozati összefüggésben következett be.
2. A jelen általános feltételek értelmében ittas állapotnak minősül, amennyiben a biztosított szervezetében 1,6 ezrelék feletti, gépjárművezetés esetén 0,8 ezrelék feletti véralkohol szint mérhető.
3. A jelen általános feltételek értelmében alkoholizmusnak minősül a szesztartalmú italok rendszeres, tartós fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóros tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.
4. A jelen általános feltételek értelmében háborús cselekménynek minősül: háború (hadüze-

nettel vagy anélkül), határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás (pl.: nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú harci cselekményei (pl.: csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. Kommandó támadás és terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.

5. A felsorolt körülmények bizonyítása azt a felet terheli, aki azokra hivatkozik.
6. A különös feltételek további kizárásokat is meghatározhatnak.

XI. A biztosítási díj

1. A biztosítási díj a biztosító által vállalt kötelezettségek ellenértéke. A biztosítási díj egyes biztosítottakra eső része az egyes biztosítottakra vonatkozó biztosítási fedezet díja. A biztosítási szerződés rendszeres díjas.
2. A díjfizetési kötelezettség azon a napon minősül teljesítettnek, amikor biztosítási díj a biztosító számlájára azonosítható módon beérkezett.
3. A biztosítási fedezet díja amennyiben a kockázatviselés kezdetének időpontja egy naptári hónap elseje, a kockázatviselés kezdetének időpontjától számítva, amennyiben elsejétől eltérő naptári nap, a kockázatviselés kezdetét követő biztosítási időszak (naptári hónap) első napjától illeti meg a biztosítót. A biztosítási fedezet díja annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre az vonatkozik.
4. A biztosítási fedezet biztosítási esemény bekövetkezése miatti megszűnése esetén a biztosító a biztosítási fedezet egész biztosítási időszakra járó díjának megfizetését követelheti. A biztosítási fedezet megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor a kockázatviselése véget ért. Ha a biztosított az időarányosnál többet fizetett be, a biztosító a többletet visszautalja a biztosított által megjelölt bankszámlára.

Az általános feltételek III. 9. pontjában körülírt esetben, ha a felmondást a biztosított a biztosítási fedezetet igazoló írásbeli dokumentum kézhezvételétől számított 30 napon belül postára adja, vagy egyéb igazolható

módon a biztosítónak elküldi, a biztosító nem érvényesíti a biztosítási fedezet díját.

5. A biztosítási fedezet megszűnése után beérkezett díj a biztosítási fedezetet nem hozza újbul létre, az ekkor befizetett összeget a biztosító a befizetőnek visszautalja.
6. A biztosítási fedezet biztosítási időszakra (naptári hónapra) meghatározott díja csak havi gyakorisággal fizethető meg.
7. A biztosítási fedezet díja csak a jelen általános feltétel II. 4. pontjában körülírt számláról vagy hitelkártyáról történő csoportos beszedési megbízással fizethető meg.
8. A biztosító a biztosítási fedezet díját a biztosítási fedezetben szereplő biztosított kockázatok, a biztosított belépési életkora és a biztosított által választott biztosítási összegek alapján, szolgáltatási csomagonként határozza meg.
A biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés teljes tartama alatt a belépési életkora alapján meghatározott díjat vállalja át, a díj az életkor növekedésével párhuzamosan nem változik.
9. A biztosítási szerződésben értékkövetés alkalmazására nincs lehetőség.
10. A biztosító a biztosítási díjat módosíthatja, ha a díjkalkuláció alapját képező statisztikákban jelentős változás történik. A változtatásról a biztosító a szerződőt és a biztosítottat a változtatás hatályba lépése előtt legalább 60 nappal írásban tájékoztatja. A biztosító az egyes biztosítási fedezetre nézve a biztosítási fedezet tartama alatt a kezdeti díjhoz képest összesen 20%-os mértékű díjemelést tehet. Ha a biztosított a biztosítási fedezet díjának változását nem fogadja el, a biztosítási fedezetet a tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban felmondhatja.
11. A biztosító jogosult a biztosítási szerződés tartama alatt az új belépő biztosítottak számára a biztosítási fedezet díjaként a már korábban biztosítottak által átvállalt díjnál magasabb díjat megállapítani, azaz a Díjszabást módosítani.
12. A biztosítási szerződésre a biztosítási díj forintban fizethető meg.

XII. A díjfizetés elmulasztásának következményei

1. A díjfizetési kötelezettség elmulasztásakor a biztosító a szerződőt írásban felhívja a biztosítási fedezetek elmaradt díjának megfizetésére

– a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridővel. A szerződő erről értesíti a biztosítottat. A póthatáridő eredménytelen eltelte esetén a biztosítási fedezet az esedékesség napjára visszamenő hatállyal kifizetés nélkül megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelését késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

XIII. Az egyes biztosítási fedezet módosítása

1. A biztosítási fedezet tartama alatt a biztosítási szerződéshez történő csatlakozáskor kiválasztott szolgáltatási csomag nem változtatható meg.

XIV. A biztosító szolgáltatása, teljesítése

1. A szerződő, a biztosított (egyres kockázatok tekintetében), illetve a kedvezményezett(ek) köteles(ek) a biztosítási esemény bekövetkezését a különös feltételekben biztosított kockázatonként meghatározott határidőn belül, illetve módon bejelenteni a biztosítónak. A biztosító a bejelentés elmaradása esetén mentesülhet a szolgáltatási kötelezettség alól a jelen általános feltételek XV. 3. pontjában körülírt módon.
2. A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az elbíráláshoz szükséges valamennyi irat beérkezésétől, illetve a különös feltételekben egyes kockázatok esetén meghatározott időszak elteltétől számított 15 munkanapon belül (a szolgáltatás esedékessége) teljesíti.
3. Amennyiben a biztosító által kért dokumentumokat felkerés ellenére sem vagy csak hiányosan nyújtják be, a biztosító a rendelkezésre álló iratok alapján dönt a szolgáltatási igényről, illetve elrendelheti a biztosított személy orvosi vizsgálatát is. Az orvosi vizsgálat költségeit a biztosító, az orvosi vizsgálaton történő megjelenéssel kapcsolatos felmerült költségeket a biztosított viseli.
4. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a különös feltételekben biztosított kockázatonként meghatározott dokumentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani.
5. A biztosító a szolgáltatási összeget a biztosítási díj devizanemében, átutalással teljesíti

a kedvezményezett(ek), illetve a biztosított bankszámlájára. Ha a kedvezményezett(ek), illetve a biztosított a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban felmerülő költségek a szolgáltatásra jogosult személyt terhelik. A biztosító az általa teljesített költséggel a szolgáltatási összeget csökkenti.

XV. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól

1. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha:
 - a) a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét;
 - b) a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal okozati összefüggésben következett be;
 - c) a biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét követő két éven belül elkövetett öngyilkossága miatt következett be, függetlenül attól, hogy azt a biztosított tudatzavarban követte el.
2. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha a biztosított a jelen általános feltételek VII. 4. és 6. pontjában körülírt közlési és változásbejelentési kötelezettségét megsérti, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:
 - a) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a biztosítási szerződésbe történő csatlakozási szándék elbírálásakor ismerte, vagy
 - b) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítási fedezet tartama alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen általános feltételek VII. 8. pontjában szabályozott fedezetmódosítási, illetve felmondási lehetőséggel, vagy
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

A közlési és a változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a biztosítottra vonatkozó kockázatvállalás kezdetétől, illetve a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól a biztosítási esemény bekövetkeztéig már öt év eltelt.
3. A biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a jelen általános felté-

telek XIV. 1. pontjában körülírt, a biztosítási esemény bekövetkezésére vonatkozó bejelentési kötelezettséget a szerződő, illetve a biztosított (egyres kockázatok tekintetében) elmulasztja, vagy késedelmesen történik a bejelentés, vagy a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

4. A felsorolt körülmények valóságnak megfelelő voltát annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.
5. A különös feltételek további mentesülési eseteket is meghatározhatnak.

XVI. Személyes adatok kezelése

1. A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a biztosítási törvény által meghatározott egyéb cél lehet.
2. Az 1. pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést 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.
3. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosított vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
4. 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.

5. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben meghatározott egészségügyi – adatokat a biztosító a biztosítási törvényben meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
6. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
 - a) a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy
 - b) a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
 - a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
 - b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel;
 - c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal;
 - d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel;
 - e) a 8. pontban körülírt esetekben az adóhatósággal;
 - f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
 - g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;
 - h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
 - i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel;
 - j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel;
 - k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
 - l) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval;
 - m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval;
- n) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
- o) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben.
8. A 7. e) pont alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, 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.
9. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló törvényben 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, az adatkérés célját és jogalapját.
10. Nem jelenti a biztosítási 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 alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
11. A biztosító a 6., 7., 13. és 17. pontban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
12. A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a 7. pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
13. A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban 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, büntszövetségben vagy bünszervezetben 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, büntszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
14. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségnek tesz eleget.
 15. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a felületi ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
 16. 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;
 - b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
 17. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
 18. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
 - a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg;
 - b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása;
 - c) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
 Ezen adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
 19. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az 5. pont szerinti adatok vagy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.
 20. A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyességgel, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, a törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel és a 13. pont alapján végzett adattovábbításról.
 21. 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.
 22. A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
 23. A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
 24. A biztosítási tevékenységről szóló törvény alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében

az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

25. 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, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (megkeresett biztosító) a biztosító által - az 1. pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével - kezelt alábbi adatok vonatkozásában. A biztosító a szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban kérheti:
- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait, és az őt érintő korábbi - az élet, baleset vagy betegség ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat és
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
26. A 25. pont alapján megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles átadni a biztosítónak. A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a biztosító tudomására jutott adat a biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig. Ha a megkeresés eredményeként a biztosító tudomására jutott adat a 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.

27. A biztosító a 25. pontban meghatározott megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az Info törvényben szabályozott módon tájékoztatja. A biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdeke nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 25. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze. A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.
28. A személyes adatok kezelésével kapcsolatos további tájékoztatást a biztosító a honlapján (www.ergo.hu) tesz közzé.

XVII. Vegyes és záró rendelkezések (jognyilatkozatok, a biztosítási fedezet igazoló dokumentum elvesztése, elévülés, vonatkozó jogszabályok, adózással kapcsolatos szabályok)

1. A szerződő és a biztosító nyilatkozatának érvényességéhez írásbeli alak szükséges. Az írásbeli alakot mellőző közlések csak akkor hatnak ki a szerződésre, ha ebben a felek megállapodnak. A biztosított egy hónapnál hosszabb külföldi tartózkodása esetén magyarországi kézbesítési megbízottat köteles írásban bejelenteni, ennek hiányában a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.
2. A biztosítóhoz eljuttatott jognyilatkozat csak akkor alkalmas a szerződésből eredő jogok gyakorlására és kötelezettségek teljesítésére, ha teljes körűen tartalmazza azokat az adatokat, amelyek a jognyilatkozat, illetve az általa elérni kívánt joghatás érvényességéhez szükségesek, és a biztosító székhelyére megérkezik. A biztosítóhoz faxon eljuttatott nyilatkozattal egyidejűleg a nyilatkozatot postai levélben is meg kell küldeni.
3. A biztosítotti nyilatkozat telefonon keresztül, rögzített formában, szóban is megtehető. A biztosítási fedezet létrejöttét követően

a felek közötti nyilatkozatokra a jelen általános feltételek rendelkezései érvényesek, a biztosított a kapcsolattartás eszközeként telefonos kommunikációt nem választhat.

4. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító a biztosított kérésére az eredeti dokumentummal megegyező új fedezetet igazoló dokumentumot állít ki, „másolat” megjelöléssel.
5. A biztosítási szerződésből eredő követelések az esedékességtől számított két év után évülnek el.
6. A biztosítási szerződésre és az abból fakadó igények érvényesítésre a magyar jog szabályait, a 2013. évi V. törvényt, azaz a Polgári Törvénykönyvet, a biztosítási tevékenységről, a személyi jövedelemadóról, az adózás rendjéről és a törvértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló mindenkor hatályos jogszabályokat kell alkalmazni. Az adózással kapcsolatos szabályok a szerződés tartama alatt változhatnak. Az adózással kapcsolatos további tájékoztatást a biztosító a honlapján (www.ergo.hu) tesz közzé.
7. Amennyiben a különös feltételek eltérnek a jelen általános feltételektől, az eltérések tekintetében a különös feltételek szerint kell eljárni.

XVIII. Az általános feltételek Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései

1. A Polgári Törvénykönyv (továbbiakban: PTK.) 6:451. § (1) bekezdésétől eltérően a biztosított a biztosítási szerződésbe szerződként nem léphet be (általános feltételek II. 5.).

2. A PTK. 6:475. §-ától eltérően a biztosítási szerződés létrejöttéhez és módosításához - ide nem értve a biztosítási szerződés hatályának a biztosítottra történő kiterjesztését (a biztosított csatlakozását) - a biztosított hozzájárulása nem szükséges (általános feltételek II. 6.).
3. A PTK. 6:478. § (2) bekezdésétől eltérően a szerződő a biztosított javára lemond a kedvezményezett jelölés jogáról (általános feltételek II. 11.).
4. A PTK. 6:444. §-ától eltérően a biztosítási fedezet a biztosító ráutaló magatartásával (hallgatólagosan) nem jön létre (általános feltételek III. 7.).
5. A PTK. 6:483. § (2) bekezdésétől eltérően a biztosítási szerződést a biztosító egyes esetekben megszüntetheti rendes felmondással írásban, 90 napos felmondási idővel, a naptári év végére (általános feltételek V. 2.).
6. A PTK. 6:447. § (2) bekezdésétől eltérően a biztosítási időszak 1 naptári hónap (általános feltételek V. 5.).
7. A PTK. 6:449. § (2) bekezdésétől eltérően a díjnemfizetés miatt megszűnt biztosítási fedezetet az eredeti feltételeknek megfelelően újból hatályba léptetni nem lehet (általános feltételek VI. 3.);
8. A PTK. 6:39. §-tól eltérően, ha a biztosító a szolgáltatási összeget az ügyfél kérése alapján nem átutalással teljesíti, az ezzel kapcsolatban felmerülő költségek a szolgáltatásra jogosult személyt terhelik (általános feltételek XIV. 5.).
9. A PTK. 6:22. § (1) bekezdésétől eltérően a biztosítási szerződésből eredő követelések az esedékességtől számított két év után évülnek el (általános feltételek XVII. 5.).

Csoportos Kockázati Életbiztosítás Különös Feltételei

I. Általános rendelkezések

1. Jelen Csoportos Kockázati Életbiztosítás Különös Feltételei (a továbbiakban: különös feltételek) szerint megkötött biztosítási szerződésre a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Csoportos Kockázati Életbiztosítás Általános Feltételei (a továbbiakban: általános feltételek) az irányadók.
2. Jelen különös feltételek a biztosítási feltételek szerves és elválaszthatatlan részét képezik.
3. A biztosító kockázatviselése a jelen különös feltételekben körülírt biztosított kockázatok közül kizárólag csak azokra terjed ki, melyeket a biztosított nyilatkozaton és a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumon megjelöltek. A biztosított kockázatok szolgáltatási csomagokat alkotnak, a biztosított nyilatkozat és a biztosítási fedezetet igazoló dokumentum tartalmazza a biztosított által kiválasztott szolgáltatási csomagot és biztosítási összeget. A biztosító az általános és jelen különös feltételek szerint létrejött és hatályos biztosítási fedezetben vállalja, hogy a biztosított díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén szolgáltatást nyújt.

II. A biztosítási szerződés alanyai

1. A biztosított legmagasabb lejáratú életkora 70 év lehet.

A. Kockázati életbiztosítás alapbiztosítás feltételei

I. A biztosítási esemény, a biztosítási szolgáltatás

1. Az általános és jelen különös feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben biztosítási eseménynek minősül a biztosított halála a rá vonatkozó biztosítási fedezet hatálya alatt.
2. A biztosító az általános és a különös feltételek szerint létrejött és hatályos biztosítási szerződésben vállalja, hogy a biztosított díjfizetése

ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén haláleseti szolgáltatást nyújt.

Amennyiben a biztosított a biztosítási fedezet lejáratakor életben van, a biztosítási fedezet szolgáltatás teljesítése nélkül megszűnik (kockázati életbiztosítás).

3. A biztosított kockázatviselés tartama alatti halála esetén a biztosító a haláleseti szolgáltatásra megjelölt kedvezményezett(ek) részére teljesíti a biztosítási fedezetben meghatározott biztosítási összeget. Amennyiben a biztosító a haláleseti szolgáltatást megelőzően már szolgáltatást nyújtott a jelen különös feltételek B. pontja szerinti kritikus betegségekre vonatkozó biztosítás alapján, a biztosító haláleseti szolgáltatásként a kockázati életbiztosítás biztosítási összegének 50%-át nyújtja. A kockázati életbiztosítás biztosítási összege a választott szolgáltatási csomagtól függ.
4. A biztosítottnak a kockázatvállalás kezdete előtt történő elhalálása esetén a biztosító a biztosított örökösei részére kifizeti a biztosítási fedezet esetlegesen beérkező díját.

II. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény megtörténtétől számított 15 naptári napon belül, írásban kell bejelenteni a biztosítónak.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbi dokumentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani:
 - a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő;
 - b) a kedvezményezett személyazonosságát igazoló okmányokat;
 - c) az utolsó biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot;
 - d) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatát;
 - e) a halottvizsgálati bizonyítványt;
 - f) a halálhoz vezető betegség kezdetének és lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumokat, leleteket;
 - g) a jogerős hagyatékatadó végzést vagy az öröklési bizonyítványt;
 - h) amennyiben készült, a rendőrségi, szabálysértési, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát, véralkohol vizsgálati eredményt.

B. Kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás feltételei

I. A biztosítási fedezet hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete

1. Jelen kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás hatályba lépése és a biztosító kockázatviselése az általános feltételekben leírtaktól eltérően a biztosítási fedezet hatálybalépésétől számított 90 nap elteltével kezdődik, amennyiben a biztosítási fedezet létrejön (várakozási idő). Amennyiben a biztosítási fedezet a biztosított orvosi vizsgálatával jön létre, a biztosító nem alkalmaz várakozási időt.
2. A várakozási időn belüli biztosítási eseményekre a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

II. A kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnésének esetei

1. Az általános feltételek VI. 1. a)-h) pontjaiban leírtakon túlmenően a kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnik a jelen különös feltétel B. III. 4. pontjában meghatározott esetben is (biztosítási esemény bekövetkezése).

III. A biztosítási esemény, a biztosítási szolgáltatás

1. Az általános és jelen különös feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződésben biztosítási esemény a biztosított kritikus betegségének bekövetkezése a kiegészítő biztosítás hatálya alatt.
2. A biztosított kockázatviselés tartama alatti kritikus betegségének bekövetkezése esetén a biztosító a kedvezményezett(ek) részére teljesíti a biztosítási fedezetben meghatározott biztosítási összeget. A kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás biztosítási összege a választott szolgáltatási csomagtól függ.
3. Amennyiben a biztosító a kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás alapján szolgáltatást nyújt, a jelen különös feltételek A. pontja szerinti kockázati életbiztosítás alapt biztosítás esetleges későbbi szol-

gáltatásaként a biztosító a kockázati életbiztosítás biztosítási összegének 50%-át nyújtja.

4. A biztosító a biztosítási összeget a kockázatviselés tartama alatt legfeljebb egyszer fizeti ki akkor is, ha a biztosított tekintetében több kritikus betegség együttesen lép fel. A kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás megszűnik a biztosítási esemény bekövetkezésének napján.
5. Jelen különös feltételek tekintetében kritikus betegségeknak minősülnek a 6. pontban definiált, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, alább felsorolt betegségek, amennyiben azok bekövetkezését, szükség szerinti kezelését, ideértve azok szükségessé vált műtéti kezelését is, szakorvos megállapítja és ezt a biztosító orvosa is elfogadja:
 - a) rosszindulatú daganatos betegség;
 - b) szívizomelhalás (szívinfarktus);
 - c) agyi érkatasztrófa;
 - d) életfontosságú szerv átültetése első alkalommal;
 - e) szívkoszorúér-pótlás műtéti megoldása;
 - f) szívbillentyűcsere;
 - g) súlyos érműtét (aortán végzett műtét);
 - h) végstádiumú veseelégtelenség;
 - i) bénulás;
 - j) látás elvesztése;
 - k) sclerosis multiplex;
 - l) Alzheimer-kór;
 - m) vértranszfúzió következtében szerzett immunhiányos betegség (AIDS);
 - n) egészségügyi dolgozók szerzett immunhiányos betegsége (AIDS);
 - o) végtagok elvesztése;
 - p) Parkinson-kór.
6. A felsorolt kritikus betegségek definíciói a következők:
 - a) **Roszdulatú daganatos betegség** esetén a szövettani atípiá jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen különös feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák),

a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- rákot megelőző (precarcinoma) állapot;
- helyi, a környezetét nem elárasztó, lokális daganat (carcinoma in situ);
- prosztata-daganat első stádiuma;
- cervicalis intraepithelialis neoplasia (cervical dysplasia);
- bazálséjtes (basal cell) carcinoma és pikkelyes sejt (squamous cell) carcinoma;
- rosszindulatú melanoma IA stádiuma;
- a HIV-pozitív diagnózis mellett fellépő bármely rosszindulatú daganat.

b) **Szívizomelhalásnak** (szívinfarktus, infarctus myocardi) minősül a szívizomzat egy részének minden rétegét érintő elhalása, amelynek oka az említett területen hirtelen kialakuló vérellátás-elégtelenség. A diagnózist szakorvosnak kell felállítania az alábbi kritériumok együttes jelenlétével:

- tipikus mellkasi fájdalom;
- az elektrokardiogram (EKG) új, jellegzetes változásai;
- infarktus-specifikus enzimek, troponinok vagy egyéb biokémiai markerek szintjének emelkedése.

Jelen kockázat tekintetében nem minősül biztosítási eseménynek:

- ST szakasz elevatioval nem járó akut myocardialis infarktus (NSTEMI), ahol kizárólag a Troponin I vagy T értéke növekszik, egyéb biológiai markerek értéke pedig nem;
- más akut coronaria-szindróma;
- Silent myocardial infarction esete.

c) **Agyi érkatasztrófa** (Stroke) a koponyán belüli térben kialakult bármely olyan esemény - így különösen az érfalszakadás, vérzés, teljes- vagy részleges érelzáródás következtében -, melynek folytán a biztosított személynél maradandó idegrendszeri károsodás alakul ki. A diagnózist szakorvosnak kell felállítania tipikus klinikai kórtünetek alátámasztásával, mint a jellegzetes CT Scan vagy agyi MRI leletek, továbbá annak igazolásával, hogy az idegrendszeri károsodás legalább 3 hónapon át fennállt.

Jelen kockázat tekintetében nem minősül biztosítási eseménynek:

- a Transziens ischaemiás roham (TIA) esete;
- az agy balesetből származó sérülése;

- migrén következtében kialakult idegrendszeri kórtünet;
- idegrendszeri károsodást nem eredményező lakunáris infarktus.

- d) **Életfontosságú szerv átültetése** az a műtéti beavatkozás, amelynek során a biztosított, mint szervet kapó (recipiens) testébe más szervezeteiből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, hasnyálmirigy, vékonybél, vese, máj vagy csontvelő szervet ültetnek át.
- e) **Szívkoszorúér-pótlás** (bypass műtéti megoldása) nyitott mellkason végzett sebészeti beavatkozás, melynek célja két vagy több ér szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése koszorúér bypass műtét által. A műtét szükségességét az érrendszer kontrasztanyagos röntgenvizsgálatával kell igazolni és kivitelezését szakorvosnak kell jóváhagynia. Jelen kockázat tekintetében nem minősül biztosítási eseménynek az angioplasztika, bármely egyéb artérián belüli eljárás és laparoskopópiával végzett műtétek.
- f) **Szívbillentyűcsere** a mellkas megnyitása mellett egy vagy több mű-szívbillentyű behelyezése szívbillentyű szűkület vagy elégtelenség esetén, beleértve az aorta, a mitrális, a pulmonaris és a tricuspidalis billentyűket. A szívbillentyűcsere szükségességét szakorvosnak kell alátámasztania. Jelen kockázat tekintetében nem minősül a szívbillentyű cseréjének: a szívbillentyű korrekciója, a meglévő szűkület tágitása (valvulotomia) és a szívbillentyű plasztikája (valvuloplastica).
- g) **Súlyos érműtét** (aortán végzett műtét) az olyan, krónikus aortamegbetegség következtében szükségessé vált aortaműtét kizárólag az aorta mellkasi vagy hasi szakaszán, amelyek során az eltávolítandó érszakaszt átültetéssel pótolják. A diagnózist szakorvosnak kell felállítania.
- h) **Végstádiumú veseelégtelenség** (ESRD) a mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült funkciója, mely vagy művese kezelést (hemodialízist vagy peritoneális dialízist) vagy szervátültetést igényel. A diagnózist szakorvosnak kell felállítania.
- i) **Bénulás** két vagy több végtag működőképességének tartós és teljes elvesztése a gerincvelő balesetből vagy betegségből eredő károsodása következtében. A fenti állapot legalább 90 napja fennálló meglétét szakértőnek kell alátámasztania. A biztosítás nem terjed ki a Guillain-Barré-szindróma eredményeképpen

bekövetkezett bénulásra.

- j) **Látás elvesztése** a mindkét szem látásképeségének teljes, maradandó és irreverzibilis elvesztése baleset vagy betegség következtében. A diagnózist szakorvosnak (szemész szakorvosnak) kell felállítania, és meghatározott vizsgálati eredményekkel alátámasztania.
- k) **Sclerosis Multiplex (MS):** A neurológus szakorvos által nagy határozottsággal felállított Sclerosis Multiplex-diagnózis szükséges. A betegség meglétét a demyelinizációval, a motoros és szenzoros funkciókban bekövetkezett állapotromlás jellegzetes klinikai körtüneteivel, valamint típusos MRI leletekkel kell alátámasztani. Az MS diagnózisa akkor igazolható, ha
- a biztosított olyan neurológiai rendellenességet mutat, amely legalább 6 hónapon át folyamatosan fennállt vagy
 - legalább két, klinikailag igazolható, egymástól legalább egy hónap különbséggel bekövetkezett (neurológiai) eseményt elszenvedett vagy
 - legalább egy klinikailag igazolható (neurológiai) eseményt elszenvedett és a cerebroszpinális folyadék típusos elváltozásait, valamint speciális agyi MRI laesiot mutat.
- l) **Alzheimer-kór** (dementia preseniliae) a szakorvos által meghatározottsággal felállított Alzheimer-kórra vonatkozó diagnózis, amely a kognitív és neuroradiológiai vizsgálatok (pl.: CT Scan, MRI, agyi PET) típusos eredményeivel alátámasztott. A betegség eredményeképpen a biztosított a következő szokásos napi tevékenységei közül legalább háromban tartós cselekvésképtelenséget mutat: fürdés (zuhanyzásra vagy fürdésre való képesség), öltözködés (ruhadarabok fel- és levétele, megszorításuk vagy kiengedésük), személyes higiéne (mosdóhasználat és a testápolás ésszerű szintje), mobilitás (a belső terekben, vízszintes talajon történő helyváltoztatás képessége), kontinencia (a hólyag- és bélfunkciók uralásának képessége), étkezés/folyadékfogyasztás (az egyedül történő evés/ivás képessége), vagy a betegség következtében felügyeletet és ápolószemélyzet állandó jelenlétét igényli és mindezen állapotok legalább 3 hónapon keresztül fennállnak.
- m) **Vértranszfúzió következtében szerzett immunhiányos betegség** (AIDS) a vértranszfúzió következtében szerzett Human Immunodeficiency Vírus (HIV-vírus) fertőzés vagy Acquired Immune Deficiency Syndrome

(Szerzett Immunhiányos Szindróma, AIDS) diagnózisa, feltéve, hogy az alábbi feltételek mindegyike együttesen teljesül:

- a fertőzés bizonyíthatóan a kockázatviselés kezdete után elvégzett, orvosilag szükséges vértranszfúzió következménye;
 - az az intézmény, ahol a vértranszfúzió lezajlott, vállalja a felelősséget az esemény bekövetkeztéért;
 - a biztosított nem szenved vérzékenységben.
- n) **Egészségügyi dolgozók szerzett immunhiányos betegsége** (AIDS) a biztosított foglalkozásából adódó szokásos feladatainak ellátása közben bekövetkezett balesetének eredményeképpen szerzett, bármely Human Immunodeficiency Vírus (HIV-vírus) általi fertőzöttség. A diagnózis felállításához szükséges, hogy a biztosított bármely potenciális kárigényre okot adó balesetét a bekövetkeztétől számított 7 napon belül bejelentse a biztosítóhoz. Ehhez mellékelni kell a biztosított személyn a baleset bekövetkezése után azonnal elvégzett HIV antitestvizsgálat negatív eredményét. A HIV-fertőzés szerokonverziójának 6 hónappal a baleset után ki kell alakulnia.
- o) **Végtagok elvesztése** baleset vagy orvosilag indokolt és szükséges amputáció következtében két vagy több végtag teljes és visszafordíthatatlan leválása/leválasztása csukló/könyök, illetve térd/boka fölött. A diagnózist szakorvosnak kell alátámasztania.
- p) **Parkinson-kór**nak minősül a szakorvos által nagy határozottsággal felállított idiopátiás vagy primér Parkinson-kórra vonatkozó diagnózis, ha a betegség eredményeképpen a biztosított a következő szokásos napi tevékenységei közül legalább háromban tartós cselekvésképtelenséget mutat: fürdés (zuhanyzásra vagy fürdésre való képesség), öltözködés (ruhadarabok fel- és levétele, megszorításuk vagy kiengedésük), személyes higiéne (mosdóhasználat és a testápolás ésszerű szintje), mobilitás (a belső terekben, vízszintes talajon történő helyváltoztatás képessége), kontinencia (a hólyag- és bélfunkciók uralásának képessége), étkezés/folyadékfogyasztás (az egyedül történő evés/ivás képessége), vagy a betegség következtében a biztosított ágyhoz kötött és külső segítség nélkül nem képes felkelni és mindezen állapotok legalább 3 hónapon keresztül fennállnak.
7. A felsorolt kritikus betegségek definíciói kapcsán balesetnek tekintendő a jelen különös feltételek B. V. pontjában ekként körülírt ese-

- mény. A balesetekkel kapcsolatos kizárásokat a VI. pont, a mentesüléseket a VII. pont határozza meg.
8. A felsorolt kritikus betegségek bekövetkezésének időpontjai (a biztosítási esemény időpontjai) a következők:
- a) **Rosszindulatú daganatos betegség** esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja;
 - b) **Szívizomelhalás** esetén a betegség bekövetkezésének a szakorvos által megállapított időpontja;
 - c) **Agyi érkatasztrófa** esetén a betegség bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a marandó idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 3 hónap után is egyértelműen kimutathatók;
 - d) **Életfontosságú szerv átültetése** esetén a műtét időpontja;
 - e) **Szívkoszorúér-pótlás** esetén a műtét időpontja;
 - f) **Szívbillentyűcsere** esetén a műtét időpontja;
 - g) **Súlyos érműtét** esetén a műtét időpontja;
 - h) **Végstádiumú veseelégtelenség** esetén a művese kezelés első napja vagy a szervátültetés időpontja;
 - i) **Bénulás** esetén a bénulás megállapításának időpontja, feltéve, hogy a működőképesség elvesztése a bénulás fellépését követő 3 hónap után is fennáll;
 - j) **Látás elvesztése** esetén az állapot diagnosztizálásának időpontja;
 - k) **Sclerosis Multiplex** esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja;
 - l) **Alzheimer-kór** esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja, feltéve, hogy a 6. l) pontban körülírt tünetek a betegség fellépését követő 3 hónap után is egyértelműen kimutathatók;
 - m) **Vértranszfúzió következtében szerzett immunhiányos betegség** esetén a vértranszfúzió megtörténtének időpontja;
 - n) **Egészségügyi dolgozók szerzett immunhiányos betegsége** esetén a baleset időpontja;
 - o) **Végtagok elvesztése** esetén a baleset vagy a műtét időpontja;
 - p) **Parkinson-kór** esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja, feltéve, hogy a 6. p) pontban körülírt tünetek a betegség fellépését követő 3 hónap után is egyértelműen kimutathatók.

IV. A kritikus betegségekkel kapcsolatos kizárások

1. Az általános feltételek X. 1. a)-h) pontjaiban leírtakon túlmenően a jelen kritikus betegségekre vonatkozó kiegészítő biztosítás tekintetében nem minősül biztosítási eseménynek a biztosított olyan – a jelen különös feltétel B. III. 5. pontjában felsorolt – kritikus betegsége, amely a kiegészítő biztosítás hatályba lépése előtt bármikor előfordult és a kiegészítő biztosítás hatálya alatt ismét bekövetkezik.

V. A baleset fogalma

1. A jelen különös feltételek B. III. 6. pontjában felsorolt kritikus betegségek definíciói kapcsán balesetnek tekintendő az olyan, a biztosított akaratán kívüli, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következménye a biztosított egészségkárosodása.
2. Balesetnek minősülnek a kritikus betegségek definíciói kapcsán az alábbiak is:
- a) égés, leforrzás, villámcsapás vagy elektromos áram által kiváltott hatás;
 - b) gázok vagy gőzök belégzése, mérgező vagy maró hatású anyagok szervezetbe való bekerülése, kivéve, ha ezek a hatások fokozatosan következnek be;
 - c) a végtagon és a gerincoszlopon található izmok, inak, szalagok és hüvelyek szakadása, a tervezett mozgásfolyamattól való hirtelen eltérés következtében.
3. Balesetnek minősül továbbá:
- a) gyermekbénulás vagy a kullancscsípés következtében keletkező agyhártya- és/vagy agyvelőgyulladás, ha a betegség szerológiai megállapításra került, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 15. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 15 napon belül lép fel. A betegség kezdetének (a biztosítási esemény időpontjának) azt a napot kell tekinteni, amikor a gyermekbénulásként, vagy agyhártya- és/vagy agyvelőgyuladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz;
 - b) vesztettség, amennyiben sor került a betegség megállapítására, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 60. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 60 napon belül lép fel. A betegség kezdetének azt a napot kell tekinteni, amikor a vesztettségként diagnosztizált betegség

- miatt először fordultak orvoshoz;
- c) tetanuszfertőzés, amennyiben sor került a betegség megállapítására, és az legkorábban a kockázatviselés kezdetét követő 20. nap után, legkésőbb azonban a kockázatviselés megszűnését követő 20 napon belül lép fel. A betegség kezdetének azt a napot kell tekinteni, amikor a tetanuszfertőzőszéként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.
4. Nem minősülnek balesetnek:
- a) a biztosított foglalkozási betegsége (foglalkozási ártalmak);
- b) az öncsonkítás és ennek kísérlete, akkor sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.

VI. A kritikus betegségek definíciói kapcsán balesetnek tekinthető eseménnyel kapcsolatos kizárások

1. A kritikus betegségek definíciói kapcsán balesetnek tekinthető eseménnyel kapcsolatban az általános feltételek X. pontjában meghatározott kizárásokon túl a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi eseményekre:
- a) légi járművek használata – ideértve a segédmotoros vitorlázó repülőgépet és olyan ultralight légi járművet, amely személyszállítási felhasználási módra engedélyezett – és ejtőernyős ugrás, kivéve, ha a biztosított utasszállító repülőgép utasaként szenved el a balesetet;
- b) a biztosított által elkövetett bűncselekmény vagy annak kísérlete során elszenvedett baleset;
- c) a biztosítottat ért epilepsziás roham következtében fellépő baleset;
- d) amennyiben a biztosított önmagának gyógyeljárást vagy beavatkozást hajt végre, vagy ezen tevékenységek nem orvos általi elvégzésének veti magát alá, és ezzel összefüggésben baleset éri;
- e) a biztosítottat sportolóként ért baleset.
2. A biztosítottat sportolóként ért balesetnek minősül:
- a) külön megállapodás hiányában a hivatásos-és versenysportoló edzésen vagy bármilyen versenyen való részvétele során elszenvedett baleset;
- b) gépi erővel hajtott szárazföldi, légi- vagy vízi járművel sportversenyen vagy ilyen versenyre való felkészülés edzésén való részvétel során a biztosítottat ért baleset;

- c) sífutás, síugrás, bob és síbob sportág országos vagy nemzetközi versenyeken, valamint ezek hivatalos edzésein való részvétel során a biztosítottat ért baleset;
- d) az UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme) skáláján a 4. nehézségi fokot elérő hegy-, jég-, szikla-, gleccser-, szabad-, verseny-, falmászás vagy barlangászás során a biztosítottat ért baleset;
- e) lovaspótló, díjugratás, akadálylovaglás, versenylovaglás, tereplovaglás, ügetőversenyen és bármilyen lovasversenyen, valamint ezek hivatalos edzésein való részvétel során ért baleset.
3. A jelen különös feltételek értelmében:
- a) hivatásos (profi) sportolónak minősül az, aki sportszervezettel munkaviszony vagy egyéb kereső tevékenységre irányuló jogviszony keretében vagy egyéni vállalkozóként jövedelemszerzés céljából sport tevékenységet végez és a sportági, szakmai egyesület, illetve a sportegyesület feltételeinek megfelelően megszerzett hivatásos (profi) sportolói engedéllyel rendelkezik;
- b) versenysportolónak minősül az, aki nem hivatásos (nem profi) sportolóként végzi a sporttevékenységet, feltéve, hogy versenyeken (bajnokságokon, mérkőzéseken) is részt vesz, a verseny jellegétől függetlenül;
- c) szabadidős sportoló, aki nem hivatásos (profi) sportolóként és nem versenysportolóként végzi sporttevékenységét.

VII. A kritikus betegségek definíciói kapcsán balesetnek tekinthető eseménnyel kapcsolatos mentesülések

1. A kritikus betegségek definíciói kapcsán balesetnek tekinthető eseménnyel kapcsolatban az általános feltételek XV. pontjában meghatározott mentesülési eseteken túl a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól az alábbi esetekben is:
- a) amennyiben a biztosítási esemény a kedvezményezett szándékos magatartása, vagy a biztosítási eseményt a biztosított jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta, így különösen, ha a biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, illetve ha a munkahelyi baleset során a munkavédelmi előírásokat megszegte;
- b) amennyiben a biztosított a baleset bekövet-

keztét követően orvosi segítséget nem, vagy nem haladéktalanul vesz igénybe, illetőleg, ha nem veti magát alá a szakszerű orvosi kezelésnek.

VIII. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény megtörténtétől számított 15 naptári napon belül, az egészségügyi dolgozók szerzett immunhiányos betegsége esetén a baleset annak megtörténtétől számított 7 napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónak.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbi dokumentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani:
 - a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
 - b) a kedvezményezett személyazonosságát igazoló okmányokat;
 - c) a betegség megállapításához szükséges, jelen különös feltételekben körülírt dokumentumokat, illetve a baleset vagy betegség kezdetének, kivizsgálásának és a következmény lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumokat, leleteket, kórházi zárójelentés másolatát, amennyiben készült, baleseti jegyzőkönyvet;
 - d) az egészségügyi dolgozók szerzett immunhiányos betegsége esetén a III. 6. n) pontban körülírt dokumentumokat is;
 - e) amennyiben készült, a rendőrségi, szabálysértési, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát, véralkohol vizsgálati eredményt.
3. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés, az orvosi ellátás indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse, orvosi vizsgálatát elvégeztesse és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa. A biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.

C. Egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítás feltételei

I. A biztosító közreműködője

1. Az egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítással kapcsolatban a biztosító - ügymenet kiszervezés keretében - közreműködőt vesz igénybe, mely meghatározott egészségügyi szolgáltatást végez (a továbbiakban: a biztosító közreműködője). A biztosító közreműködője a biztosított egészségügyi ellátását menedzseli, az egészségügyi ellátásokat és az ellátások útját figyeli, ellenőrzi, kapcsolatot tart a biztosított ellátását végző egészségügyi szolgáltatókkal, továbbá adminisztrálja az egészségügyi ellátásokat.

II. A biztosítási fedezet hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete

1. Jelen egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítás hatályba lépése és a biztosító kockázatviselése az általános feltételekben leírtaktól eltérően a biztosítási fedezet hatálybalépésétől számított 90 nap elteltével kezdődik, amennyiben a biztosítási fedezet létrejön (várakozási idő). Amennyiben a biztosítási fedezet a biztosított orvosi vizsgálatával jön létre, a biztosító nem alkalmaz várakozási időt.
2. A várakozási időn belüli biztosítási eseményekre a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

III. Az egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítás megszűnésének esetei

1. Az általános feltételek VI. 1. a)-h) pontjaiban leírtakon túlmenően az egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítás a biztosító általi rendes felmondással megszűnik akkor is, ha a biztosító együttműködése a közreműködő egészségügyi szolgáltatóval megszűnik és a biztosítónak nincs lehetősége a szolgáltatás teljesítésére képes másik szolgáltatóval ügymenet kiszervezési szerződést kötni (a közreműködő hiánya). Az együttműködés megszűnését előidézheti az ügymenet kiszervezési szerződés felmondása, az egészségügyi szolgáltató megszűnése, engedélyének visszavo-

nása vagy a tevékenység beszüntetése.

A biztosító a tőle elvárható módon törekszik a Magyarországon elérhető, hasonló szakmai színvonalú szolgáltatást nyújtó közreműködéssel együttműködni és a szolgáltatást biztosítani.

Az egészségügyi szervezés kiegészítő egészségbiztosítás megszűnéséről a biztosító értesíti a biztosítottat.

IV. A biztosítási esemény, a biztosítási szolgáltatás

1. Az általános és jelen különös feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződésben biztosítási esemény a biztosított kockázatviselés tartama alatti, bármilyen típusú daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálatának előírása.

A daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálat előírása akkor következik be, ha a különböző képalkotó, endoszkópos, szövettani vagy citológiai vizsgálatok, az adott terület szakorvosa által végzett fizikális vizsgálat, illetve az emelkedett tumor marker szintek alapján daganatos betegség gyanúja miatt orvos a biztosított számára további szakorvosi vagy egyéb vizsgálatot javasol.

2. A biztosító az általános és a különös feltételek szerint létrejött és hatályos biztosítási szerződésben vállalja, hogy a biztosított díjfizetése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén közreműködőjén keresztül egészségügyi szervezési szolgáltatást nyújt.

3. Az egészségügyi szervezés az alábbi szolgáltatásokat foglalja magában:

Állapotfelmérő szakorvosi konzultáció

A szolgáltatási igény biztosítóhoz történő beérkezése után a biztosító közreműködője 5 munkanapon belül 20-40 perces szakorvosi vizsgálatot/állapotfelmérő konzultációt biztosít, amelynek keretei között javaslatot tesz a beteg személyre szabott gyors, pontos és teljes körű kivizsgálására az orvostudomány érvényben lévő evidenciái, nemzetközi irányelvei alapján (beleértve ebbe az esetleges társbetegségek miatt szükséges vizsgálatok meghatározását is).

A szükséges vizsgálatokkal kapcsolatos költségek a biztosítottat terhelik. Amennyiben a biztosított vállalja a vizsgálatokat, azok átlagosan 8-12 munkanap alatt megtörténnek.

Betegirányítási asszisztencia

A biztosító közreműködője szakszerű folyamatos orvosi betegvezetést, „Beteg-Manager” orvosi szolgáltatást biztosít a teljes diagnosztikus folyamat alatt, amely magában foglalja a szükséges szakorvosi egyeztetéseket, a szakszerű és részletes betegtájékoztatót és életvezetési tanácsok adását. A szolgáltatás munkanapokon, naponta 12 órán keresztül, telefonon érhető el.

Szakorvosi konzultáció

A biztosító közreműködője az állapotfelmérő szakorvosi konzultáción javasolt diagnosztikus vizsgálatok elvégzését követően, 3 munkanapon belül egy további 20-40 perces onkológiai konzultációt, illetve szükség esetén szakorvosi navigációs szolgáltatásokat biztosít.

A szakorvosi konzultáción a biztosított részletes felvilágosítást kap az állapotával, a továbbiakban szükséges teendőkkel kapcsolatban, választ kap a felmerülő kérdéseire. A biztosító közreműködője javaslatot tesz a továbbiakban szükséges vizsgálatokra és amennyiben az elvégzett vizsgálatok nem igazolták a daganatos betegség fennállását, ajánlatot tesz további szakorvosi konzultációra.

4. A biztosító szolgáltatása csak akkor kezdődik, amikor a biztosított egészségi állapota ezt lehetővé teszi, és a biztosított a daganatos betegség gyanúját felvető vizsgálati eredmények birtokában az egyeztetett időpontban megjelenik az állapotfelmérő szakorvosi konzultáción.

Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a fekvőbeteg vagy sürgősségi ellátás időtartama alatt a biztosító daganat specifikus vizsgálati sor megszervezésére vonatkozó kötelezettsége nem áll fenn. Ebben az esetben a biztosító közreműködője a vizsgálatokat a fekvőbeteg vagy sürgősségi ellátást követő időszakra szervezi meg.

Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredmény értékelését kétségesse teszi, a biztosító közreműködője abban az időpontban tesz javaslatot a kivizsgálásra, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.

A biztosító közreműködője nem szervez műtétet, sebészeti beavatkozást igénylő mintavételt (pl.: laparotomia, mediastinoscopia, VATS, agyi biopszia, vese eltávolítás, here eltávolítás, abrasio stb).

V. A biztosító teljesítésének feltételei

1. A szolgáltatási igényt a biztosítási esemény megtörténtétől számított lehető leghamarabb, de legkésőbb 15 naptári napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónak.
2. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az alábbi dokumentumokat kell a biztosító rendelkezésére bocsátani:
 - a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt;
 - b) a biztosított személyazonosságát igazoló okmányokat;
 - c) a bármilyen típusú daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálat előírását igazoló dokumentumot;

d) a betegség megállapításához szükséges orvosi dokumentumokat, leleteket, kórházi zárójelentés másolatát.

VI. A különös feltételek Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései

1. A Polgári Törvénykönyv 6:490. § (2) bekezdésétől eltérően az egészségügyi szervezet kiegészítő egészségbiztosítást a biztosító rendes felmondással felmondhatja (jelen különös feltételek III. 1.).