**Biztosítási szerződés 1. sz. melléklete**

#

# Csoportos Élet-, Balesetbiztosítási

# Általános Feltételek

# Általános rendelkezések

1.1. A jelen Csoportos Élet-, és Balesetbiztosítási általános szerződési feltételek a **CIG Pannónia Életbiztosító** Biztosító **Ny**rt. (a továbbiakban biztosító) Csoportos Élet-, és Balesetbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték.

1.2. Jelen Általános Feltételek csak a Különös Feltételekkel együtt érvényesek.

# A biztosításban résztvevő személyek

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

* + 1. A biztosító legfontosabb adatai

**A biztosítási szolgáltatást nyújtó biztosító:**

Név: CIG Pannónia Életbiztosító Biztosító Nyrt.

Székhely: 1033 Budapest, Flórián tér 1.

Levelezési cím: 1033 Budapest, Flórián tér 1.

Jogi formája: nyilvánosan működő részvénytársaság

Cégjegyzékszám: Cg. 01-10-045857

Ügyfélszolgálat elektronikus címe: bmkar@cig.eu

Internetes címe: www.cigpannonia.hu

2.2.Szerződő: a biztosítani kívánt csoportok biztonságának megóvásában érdekelt személy, aki a biztosítási szerződést megköti, és a biztosítás tartama alatt a biztosítási díjat megfizeti.

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

2.4. Csoport: a biztosított csoport biztosítási szerződésben foglaltak szerinti azonos foglalkozású vagy tevékenységű, vagy más csoportképző ismérv alapján meghatározott személyekből áll.

2.5. Kedvezményezett:az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. A szerződésben kedvezményezett lehet a biztosított, a szerződő vagy a szerződésben megnevezett más személy(ek). Ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölése hatályát vesztette, illetve érvénytelen, úgy

1. a biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított,
2. a biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított örököse.

# Fogalmak

Jelen Általános Feltételek alkalmazása szempontjából:

3.1. Biztosítási tartam: a kötvényben rögzített időszak, amely alatt a Biztosító kockázatban áll.

3.2. Baleset: a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított 1 éven belül meghal, vagy 2 éven belül végleges munkaképtelenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot), és/vagy azonnali múlékony sérülést szenved.

3.2.1. Jelen Általános Feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

* vízbefulladás,
* égési sérülések, leforrázás,
* villámcsapás,
* elektromos áram hatásai,
* károsító gázok,
* gőzök belélegzése,
* mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése.

3.2.2. A betegségek bekövetkezte nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezte nem tekinthető baleseti következménynek.

**3.3. Közlekedési baleset:** az a baleset, amely a biztosítottat a közúti közlekedés szabályairól szóló 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet hatálya alá tartozó közlekedés során – gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasként, mozgás, elindulás vagy megállás közben levő jármű hatására – gépjárművel közvetlen okozati összefüggésben bekövetkező esemény során éri. Nem minősül közlekedési balesetnek a gyalogost vagy kerékpárost érő olyan baleset, amelyben gépjármű közlekedése nem hatott közre.

3.4. Műtét: minden olyan – orvos által – orvosszakmai szempontok szerint Magyarország területén végzett sebészeti beavatkozás, ahol az adott kórképet nemzetközi kódrendszerrel azonosították (WHO-kód) és amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás céljából hajtottak végre. A műtétek kis-, közepes-, nagy- és kiemelt műtét kategóriákba besorolását jelen Csoportos Élet-, és Balesetbiztosítás Különös Feltételeinek Balesetből származó műtéti térítés különös feltételei tartalmazzák. A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának részletes listája a Biztosítónál tekinthető meg.

3.4.1.Jelen Általános Feltételek alkalmazása szempontjából nem minősül műtétnek:

* a degeneratív jellegű, ortopéd típusú megbetegedések kezelése;
* kizárólag a bőrt, bőr alatti kötőszövetet ért sérüléseket követő olyan beavatkozás, amely sebkimetszésből, bőrvarratból áll;
* a sérült fogak eltávolítása;
* a szövetelhalással nem járó és műtéti megoldást nem igénylő égési, fagyásos sérülések kezelése;
* a csőtükrözéssel végzett izületi diagnosztikus és terápiás beavatkozás (arthroscopia), ha ezen beavatkozást műtéti feltárás nem követi.

3.4.2. Jelen feltételek értelmében nem jár műtéti térítés, ha a sérülés ellátására ambuláns módon vagy egy napos kórházi tartózkodás formájában kerül sor.

3.4.3. Nem minősülnek biztosítási eseménynek azok az egyéb kórképek, melyek miatt végzett műtétek nincsenek közvetlen okozati összefüggésben az adott baleseti eseménnyel vagy betegséggel.

3.5. Kórház: az egészségügyi hatóság szakmai felügyelete által engedélyezett, fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Ezek lehetnek:

kórházak, klinikák,

üzemi kórházak,

a fegyveres testületek kórházai,

minden olyan, az erre jogosult egészségügyi hatóság által elismert egyéb gyógyintézmény, ahová az orvos a biztosítottat beutalja.

3.5.1. Jelen szerződés szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban fekvőbeteg ellátást végeznek – különösen:

a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek,

gyógyfürdők, gyógyüdülők, fürdő- és egyéb gyógyintézetek, utógondozó szanatóriumok,

ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei,

geriátriai, „krónikus” intézetek, az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai, szociális otthonok,

alkohol- és kábítószer elvonó intézmények,

az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei, illetve

kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesül.

# A szerződés létrejötte

4.1. A biztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül – a kötelezettségvállalás helye szerinti tagállam hivatalos nyelvén, vagy ez irányú megegyezés esetén a szerződő kifejezett kérésére más nyelven – a Biztosító a szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről. A biztosítási szerződés létrejöttéről a Biztosító kötvényt bocsát ki.

4.2. Jelen szerződés részét képezi a szerződőnek azon - a szerződő telephelyén nyilvántartott - dokumentációja, amely tartalmazza a biztosítottak adatait.

# A kockázatviselés kezdete

5.1. A biztosító kockázatviselése a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe való belépésének időpontjától függően a biztosítási szerződésben meghatározott nap:

Azon csoportos biztosítási szerződések esetén, ahol a biztosítottak nem név szerint megnevezett személyek az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés a biztosítottnak a biztosított csoporthoz való csatlakozásának időpontjában kezdődik amennyiben az a szerződés hatályba lépésénél későbbi időpont.

5.2. A csoportos szerződésekbe új biztosítottat a szerződés tartama alatt bármikor be lehet jelenteni. A biztosított csoport létszámának tartam közbeni változását a szerződő a szerződésben meghatározott módon köteles a Biztosítónak bejelenteni, az új belépők után járó biztosítási díjat megfizetni.

5.3. A biztosított csoportból kilépő biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a csoportból való kilépés napján 24 órakor véget ér, a biztosítóval szemben támasztható minden igény nélkül.

# A biztosítási díj

6.1. A tárgyévi biztosítási díj alapja a biztosítási időszak első napján vett nyitó létszám. Év közbeni létszámváltozás miatti díjkorrekció csak abban az esetben történik, ha tárgyévi záró létszám nem éri el az 59.054 főt (nyitó létszám), vagy több mint 5 %-kal meghaladja nyitó létszámot. Ez esetben felek a biztosítási évfordulón fizetendő pótdíjat, vagy díjvisszatérítést utólagos elszámolással állapítják mega biztosítási szerződésben rögzített feltétel szerint. A pótdíj és díjvisszatérítés mértéke a tárgyévi záró- és nyitólétszámok különbségének és az egy főre eső biztosítási díjnak a szorzata.

6.2 A szerződés megszűnése esetén annak a naptári hónapnak az utolsó napjáig járó díjat kell megfizetni, amelyben a Biztosító kockázatviselése véget ért.

6.3 Ha a szerződő a biztosítás díját az esedékességtől számított 60 napon belül nem egyenlíti ki, halasztást nem kap és a Biztosító a díj iránti igényét bírói úton nem érvényesíti, a Biztosító a kockázatot az esedékességtől számított 60 napig viseli. E 60 napos türelmi idő alatt a szerződő az elmaradt díjbefizetését pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a biztosítási szerződés és ezzel a biztosító kockázatviselése a díj esedékességétől számított 60. napján 24 órakor megszűnik.

# A díj módosítása

7.1. Tekintettel a 2 éves szerződési időszakra, Biztosító nem jogosult az egy főre eső biztosítási díjak időszakon belül történő változtatására (nincs inflációkövetés).

7.2. A biztosítási díj csak a szerződésben meghatározott feltételek bekövetkezése esetén a létszámváltozás függvényében változhat.

# A biztosítási esemény

8.1. Biztosítási esemény a jelen Általános Feltételek 3. pontban meghatározott balesetből eredő, illetve azzal közvetlenül összefüggő olyan esemény, amelynek bekövetkezte esetén a Különös Feltételekben foglaltak szerint a Biztosító szolgáltatást teljesít.

8.2. A biztosítási esemény *bekövetkezésének időpontja* a baleset vagy a halál bekövetkezésének időpontja.

# A Biztosító szolgáltatása

9.1. A felek a biztosítási szerződés szolgáltatását a Különös Feltételek szerint rögzítik.

9.2. A Biztosító teljesítési kötelezettsége csak a szerződésben meghatározott biztosítottak körére, a szerződésben megnevezett szolgáltatások vonatkozásában, a szerződésben meghatározott biztosítási összegek erejéig, a szerződésben meghatározott kockázati körülmények között áll fenn.

9.3. A biztosítási védelem azon biztosítási eseményekre terjed ki, melyek a jelen Általános Feltételek alapján létrejött szerződésben megnevezett területi, időbeli, és egyéb – a szerződésben esetlegesen meghatározott – feltételek szerint következnek be.

9.4. A biztosított csoport azon tagjaira, akik a szerződéskötéskor kórházi kezelés alatt állnak, az élet- és balesetbiztosítási védelem a kórházi kezelés befejezte utáni napon kezdődik.

# A biztosítási összegek módosítása

A biztosítási összegek módosítása minden esetben felek közös megegyezése alapján történhet, kizárólag a Kbt. 132. § rendelkezései alapján.

# Várakozási idő

Biztosító egyetlen fedezettípus esetében sem ír elő várakozási időt.

# A Biztosító teljesítése

12.1. A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 8 munkanapon belül személyesen vagy írásban a Biztosítási Szerződés 6.sz. mellékletében felsorolt kárfelvételi(ügyintézési) helyein, illetve interneten be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

12.2. Amennyiben e bejelentés nem történik meg, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenné válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

12.3. A szerződés szerinti dokumentumok benyújtására a Biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékot adhat.

12.4. A biztosított életben léte esetén a szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy a biztosított a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges körülményekre vonatkozóan felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a szükséges információkat beszerezze. Amennyiben a biztosított az orvosi titoktartás alóli felmentő nyilatkozatot nem adja meg, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenné válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be.

12.5. A biztosítottat kárenyhítési kötelezettség terheli. Ennek értelmében:

1. A baleset után haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni kell.
2. Gondoskodni kell továbbá a megfelelő ápolásról, és általában törekedni kell a biztosítási esemény következményeinek lehetőség szerinti elhárítására, illetve enyhítésére.

12.6. Ha a biztosított kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, a Biztosító annyiban mentesül a teljesítés alól, amennyiben a biztosított mulasztása közrehatott állapotának súlyosabbá válásában.

12.7. A szolgáltatási igény bejelentésekor a Biztosító az alábbi dokumentumok bemutatását kéri a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához:

1. a Biztosító által kiadott (a kezelő orvos által kitöltött és aláírt) szolgáltatási igénybejelentő;
2. rokkantság esetén az illetékes társadalombiztosítási szerv jogerős határozata;
3. a biztosítottság tényét, a biztosított csoporthoz tartozást igazoló dokumentum (munkáltatói igazolás);
4. személyi igazolvány vagy más személyazonosításra alkalmas okmány, lakcímkártya másolata;
5. kedvezményezetti jogosultságot bizonyító okirat (mint pl. hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány) másolata, amennyiben a kedvezményezett a szerződésben név szerint megnevezésre nem került;
6. a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (pl. a biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy, tanúk nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, boncolási jegyzőkönyv másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata, a biztosítási eseménnyel kapcsolatos szakértői vélemények másolatai);
7. ittasság, illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat;
8. amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntetőeljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll);
9. a biztosítottnak a biztosítási eseménnyel összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (pl. fekvőbeteg ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, vizsgálati eredmények;
10. balesetbiztosítási esemény esetén az első, akut orvosi ellátást igazoló dokumentáció;
11. a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosítotti adatokat tartalmazó iratok, szakvélemény a rokkantsági csoportba sorolásról (a jogosult titoktartás alóli felmentéséhez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
12. a biztosított halála esetén a halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati bizonyítvány, halál utáni orvosi jelentés, boncolási jegyzőkönyv;
13. keresőképtelenséget igazoló orvosi iratok;
14. idegen nyelvű dokumentáció esetén biztosító gondoskodik ezek magyar nyelvű fordításáról.

A biztosítási összeg kifizetéséhez szükség esetén be kell nyújtani az eljáró törvényes képviselő jogosultságát igazoló dokumentumot;

1. gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozatot;
2. jogszabályi rendelkezés esetén a gyámhivatali engedélyt.

12.8. A bemutatott dokumentumok mellett a Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését is kezdeményezheti. A Biztosító által kezdeményezett orvosi vizsgálatok költsége a biztosítót terheli.

12.9. A szolgáltatást a Biztosító az igényelt összes dokumentum benyújtásától számított ……. munkanapon belül teljesíti.

12.10. A Biztosító szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőeszközben, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik.

# Közlési kötelezettség

13.1. A szerződő (biztosított) a biztosítási szerződés megkötésekor, illetve új biztosítottak belépésekor folyamatosan köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a szerződő (biztosított) közlési kötelezettségének eleget tesz.

13.2. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és ezért a biztosított egészségi állapotával, foglalkozásával, tevékenységével kapcsolatban kérdéseket tehet fel, orvosi vizsgálatot kérhet. Az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

13.3. Amennyiben a szerződő (biztosított) a közlési kötelezettséget megsértette, a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll fenn, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, vagy ha a szerződéskötéstől, illetve a biztosított csoportba való belépéstől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

13.3.1. A bejelentési vagy az orvosi titoktartási kötelezettség alóli felmentés elmulasztása esetén a Biztosító olyan arányban teljesíti szolgáltatásait, amilyen arányban a ténylegesen fizetett díj a megváltozott körülmények miatt megállapítható magasabb díjhoz aránylik. Ha a megváltozott körülmények ismeretében a Biztosító az ajánlatot elutasította volna, akkor a biztosítás érvénytelenségének jogkövetkezményeit kell alkalmazni.

13.4. A biztosított a biztosítási szerződés megkötéséhez való hozzájáruló nyilatkozatával egyidejűleg a biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmentést ad az orvosi titoktartás alól minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyeknél kezelték és felhatalmazza a biztosítót, hogy a közölt adatok, tudomására jutott egyéb körülmények ellenőrzése céljából ezektől a kockázat elvállalása és a biztosítási esemény szempontjából lényeges információkat beszerezze, valamint ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen. Továbbá a haláleseti szolgáltatás vonatkozásában a biztosított felmentést ad az orvosi titoktartás alól a biztosítási eseménnyel kapcsolatos információkra nézve minden olyan orvosnak, kórháznak és egészségügyi intézménynek, amelyek őt kezelni fogják, és felhatalmazza a biztosítót, hogy ugyanebből a célból más biztosítóval, a társadalombiztosítóval és egyéb hatósággal kapcsolatba lépjen.

# Független orvosi bizottság

14.1. Azokban az esetekben, amelyeket a Különös Feltételek a Biztosító (vagy általa kijelölt) orvosának hatáskörébe utal, a biztosított (vagy a kedvezményezett) panasszal élhet, és a döntés független orvosokból álló bizottság általi felülvizsgálatát kérheti. Független orvosi bizottság vizsgálatát és állásfoglalását a Biztosító is kérheti.

14.2. Az orvosi bizottság létszáma változó, azt az eset körülményei alapján a Biztosító állapítja meg. Összetételére mindkét fél javaslatot tesz a létszám 50–50%-a erejéig, elnökét a felek közös megegyezéssel bízzák meg.

14.3. A biztosított köteles alávetni magát a bizottság által előírt vizsgálatoknak, valamint a baleset következményeinek enyhítésére vonatkozó utasításainak.

14.4. Az orvosi bizottság ügyrendjét saját maga állapítja meg. A bizottság működéséről jegyzőkönyvet készít, döntéséről határozatot hoz. E dokumentumokba az ügyfél betekinthet.

14.5. Az orvosi bizottság működésének költségeit (az érvényes tarifák alapján) maga állapítja meg. Az orvosi bizottság eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt az összehívása. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított kezdeményezte az eljárását, és az orvosi bizottság a javára döntött, a költségeket a Biztosító fizeti.

# Kizárások

15.1. A Biztosító – amennyiben a Különös Feltételek vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem nyújt szolgáltatást:

1. ha a biztosítási esemény a biztosított szándékos és jogellenes magatartásával összefüggésben következett be;
2. ha a biztosítási esemény a biztosított folyamatos biztosítási jogviszonyának keletkezését követő két éven belül elkövetett öngyilkossága, illetve öngyilkossági kísérlete miatt következett be, még akkor sem, ha azt a biztosított tudatzavarban követte el;
3. öncsonkítással, vagy annak kísérletével összefüggő eseményekre;
4. a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ‰ vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre;
5. kábítószer vagy bódító hatású anyag miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
6. ha a biztosítási esemény a biztosítottnak háborús cselekményekben, valamelyik fél mellett történő aktív részvétele miatt következett be. Háborúnak minősül: háború (hadüzenettel vagy anélkül), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás, vagy csak tengeri akció), kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítóok biztosítási esemény;
7. a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;
8. kozmetikai célú, plasztikai sebészeti beavatkozásokra és kórházi ápolásra, valamint az orvosilag nem indokolt műtétekre, kórházi ápolásokra és gyógyító eljárásokra;
9. ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégzettségű egyén általi kezeléssel összefüggésben következett be;
10. a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő balesetekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légijármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légijárművön polgári utasként szenved el. Utasnak az minősül, aki a légijárműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez. Ezen kizárás alól kivételt képeznek azok az esetek, amelyek a szolgálat teljesítésével összefüggésben következnek be.
11. arra a balesetre, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történt jármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is.

# Mentesülés

16.1. Jelen Általános Feltételek alapján létrejövő szerződés biztosítási védelme – amennyiben a Különös Feltételek vagy a biztosítási szerződés másként nem rendelkezik – nem terjed ki:

1. az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészekre, már meglévő egészségkárosodásokra (és az ezekkel közvetlenül összefüggésbe hozható biztosítási eseményekre);
2. a biztosított a 2004. évi I. törvény szerinti hivatásos sportolói tevékenységére, függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e vagy sem.

# Egyéb rendelkezések

17.1. A kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a Biztosító a szerződő fél írásbeli nyilatkozatára az eredeti kötvényről a kérelem kézhezvételétől számított 60 napon belül hiteles másolatot állít ki, miután az okirat megsemmisüléséről vagy elvesztéséről a kérelmező írásban teljes bizonyító erejű magánokiratban nyilatkozatot tett. A hiteles másolat kiadásával egyidejűleg az eredeti kötvény hatályát veszti. A hiteles másolat kiállításának költségei a kérelmezőt terhelik.

17.2. A jelen Általános Feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország joga.

17.3. A jelen Általános Feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995.évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény, az adózás rendjéről szóló 2003.évi XCII. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

**4**

# A jognyilatkozat hatálya

18.1. A Biztosítóhoz intézett nyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban teszik, és az a Biztosító tudomására jut.

# Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó rendelkezések

19.1. Személyes adat: az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. Érintett: bármely meghatározott személyes adat alapján azonosított vagy – közvetlenül vagy közvetve – azonosítható természetes személy.

19.2. Különleges adat

1. a faji eredetre, a nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra,a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdek-képviseleti szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat,
2. az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat;

19.3. A Biztosító az ügyfelek adatait az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezései alapján kezeli, és ez alapján végeztet más szolgáltatókkal adatfeldolgozást.

19.4. A Biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. E céltól eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az adatszolgáltatás önkéntes.

19.5. A Biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezeli, különösen a Bit. 155. § (1) bekezdésére és 163. §-ára tekintettel. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. E céltól eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az adatszolgáltatás önkéntes..

19.6. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a Bit 155. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

19.7. A Biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott, illetve továbbított adatairól a törvényekben rögzített korlátozásokkal jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a Biztosító nyilvántartásában módosítja.

19.8. A Biztosító és biztosításközvetítője a személyes adatokat a biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási és megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító és biztosításközvetítője 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 nincsen törvényes jogalap. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat a Biztosító az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő, valamint az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével köteles törölni.

19.9. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a Kedvezményezett is gyakorolhatja.

19.10. Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

19.11. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

19.12. A fentiekben megjelöltektől eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, és a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet(nek). A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

1. Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó, a biztosítási titokkal kapcsolatos rendelkezések

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

20.2. A Biztosító saját, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat a Bit.-ben meghatározott eseteket kivéve, csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott.

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

1. a feladatkörében eljáró felügyelet,
2. a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatóság és ügyészség,
3. büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
4. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző,
5. az adóhatóság abban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosító(ka)t törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
6. feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
7. biztosítóval, a biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosítás-közvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviseletével, ezek érdekképviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
8. feladatkörében eljáró gyámhatóság,
9. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénybenfoglaltegészségügyihatóság,
10. a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
11. a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók,
12. a Bit-ben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szerv,
13. az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító,
14. a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, kárrendezési megbízott és kárképviselő, illetve a károkozó, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
15. kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző,
16. fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó,
17. feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
18. feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság.

20.4. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvényben foglaltak szerinti

1. kábítószerrel visszaéléssel,
2. terrorcselekménnyel,
3. robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel,
4. lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel,
5. pénzmosással,
6. bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

20.5. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

20.6. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg az Országos Rendőrfőkapitányság – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

20.7. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a Biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal.

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

20.9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

1. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
2. fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
3. a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatok átadása,
4. a biztosító összevont alapú pénzügyi felügyeletére vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adat átadás.

20.10. Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja(k) meg.

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

1. Panaszok kezelése

21.1. Jelen általános feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés biztosítási szolgáltatásaival kapcsolatban felmerülő panasz esetén az ügyfél a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-hez fordulhat. A Biztosító panaszkezelési szabályzata a Biztosító honlapján tekinthető meg.

21.2. A Biztosító felett a szakmai és a fogyasztóvédelmi felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadságtér 8-9.) gyakorolja. Az ügyfél panaszával közvetlenül ide, de a fogyasztónak minősülő ügyfél a Magyar Nemzeti Bank mellett működő Pénzügyi Békéltető Testülethez (1525Budapest, BKKP Pf.: 172.,telefon: 061-4899-100, e-mail cím: pbt@mnb.hu), is fordulhat.

Az ügyféljogait, illetve igényeit bírósági úton is érvényesítheti. A Biztosító minden tőle elvárhatót megtesz annak érdekében, hogy az ügyfelek gondjait peren kívül orvosolja.