



PANNÓNIA BIZTOSÍTÓK

PannonMed

Csoportos Egészségbiztosítás Biztosítási Feltételek

Hatályos: 2026. január 1.

Tartalomjegyzék

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

PANNONMED

CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS

ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI

1. Bevezetés

- a) Jelen feltételek azokat a rendelkezéseket tartalmazzák, amelyeket – ellenkező kikötés hiányában – a **CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.** (székhely: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület, cégjegyzékszám: 01-10-045857, adószám: 14153730-4-44, a továbbiakban: Biztosító), valamint a Gondoskodás Egészség-és Önsegélyező Pénztár (székhely: 1134 Budapest, Váci út 23-27., a továbbiakban: Egészségpénztár vagy Szerződő) között létrejött, az Egészségpénztár tagjai javára létrehozott PannonMed Csoportos egészségbiztosítási szerződésre (továbbiakban: biztosítás), és az ahhoz csatlakozott biztosítottak biztosítási jogviszonyára kell alkalmazni.
- b) A PannonMed Csoportos Egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei (a továbbiakban: „ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK” vagy „jelen feltételek”) az egyes szolgáltatásokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekkel (a továbbiakban: „KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK”) együtt értelmezendők. Az egyes szolgáltatásokra vonatkozó KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK rendelkezései az ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK-től eltérő rendelkezéseket tartalmazhatnak.
- c) A biztosítási szerződés az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – részekből áll, melyek együttesen képezik a biztosítási szerződés feltételeit:
- Csoportos egészségbiztosítási szerződés,
 - Csatlakozási nyilatkozat
 - Általános Ügyfél-tájékoztató,
 - Általános Biztosítási Feltételek,
 - Különös Biztosítási Feltételek,
 - Adatközlő(k)
- (továbbiakban együttesen: „biztosítási szerződés”).
- d) A Biztosítási szerződés a Felek közti megállapodás minden feltételét tartalmazza, így az esetleges korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen szerződés tartalmát. Továbbá nem válik a biztosítási szerződés részévé a Felek esetleges korábbi szerződéses vagy üzleti gyakorlata, szokása, illetve a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.
- e) Az ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK és a csatlakozási nyilatkozat ellentmondása esetén a rendelkezések értelmezési sorrendje a következő: 1. csatlakozási nyilatkozat; 2. KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK; 3. ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK.

f) A Biztosító jelen biztosítási terméket tanácsadás nélkül értékesíti.

- g) A Ptk. rendelkezéseitől és a szokásos szerződési gyakorlattól eltérő rendelkezések *dólt betűvel szedettek*.
- h) A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: „Bit.”) 152. §, valamint 4. számú melléklete szerinti ügyféltájékoztatásnak megfelelő – külön dokumentumként a biztosítási szerződés részét képező Általános Ügyfél-tájékoztató által nem tartalmazott – rendelkezések **félkövér betűvel szedettek**. A félkövér betűvel szedett rendelkezések, valamint az Általános Ügyfél-tájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.
- i) A biztosítási szerződés nem minősül fogyasztói szerződésnek.
- j) A szerződés nyelve magyar.

2. Fogalmak

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

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

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

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

Betegség: az orvostudomány aktuális, általánosan elfogadott álláspontja szerint a Biztosított egészségében bekövetkező rendellenes testi vagy szellemi állapot, mely nem minősül baleseti eredetűnek és orvosilag diagnosztizálható objektív tüneteket mutat.

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

Biztosítási csomag: A biztosítási eseményeket, valamint a Biztosító szolgáltatását tartalmazó - a Biztosított által választott - biztosítási csomagok.

Biztosítási díj: a Biztosító kockázatviselésének ellenértéke, amely megfizetésére a Szerződő köteles, de azt a Biztosított(ak)ra átháríthatja.

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

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

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

Diagnosztikai vizsgálat: olyan orvosi eljárás, amely a Biztosított panaszának okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányul, de – önmagában – nem célja az állapot megváltoztatása.

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

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

Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában vagy – törvényben meghatározott esetben – az egészségügyi államigazgatási szerv által történő nyilvántartásba vétel alapján végezhető egészségügyi tevékenység, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a Biztosított vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a Biztosított vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.

Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiállított működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet, amellyel a Pénztár vagy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, mint társadalombiztosítási szervezet (NEAK) szolgáltatási (szerződéses) jogviszonyban áll.

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

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

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

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

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

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

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

Kórház: Magyarországon az egészségügyi hatóság (egészségügyi államigazgatási szerv) által kiállított működési engedéllyel rendelkező, hatósági nyilvántartásban szereplő fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató intézmény, amely 0-24 órában betegfogadásra alkalmas. Nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban fekvőbeteg ellátást végeznek – különösen a szanatóriumok, nappali kórházak, pszichiátriai intézetek, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, alkohol- és kábítószer elvonó intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve krónikus fekvőbeteg ellátást nyújtó intézetek, geriátriai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

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

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

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

Műtét: jelen biztosítás szempontjából minden olyan, orvos által a mindenkori orvosszakmai szabályoknak megfelelően végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és intézménye a szükséges hatályos, érvényes hatósági engedélyekkel rendelkezik.

Szakpszichológiai ellátás: megfelelő képesítéssel rendelkező szakember által végzett tanácsadás.

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

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

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

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

3. A biztosítási szerződés alanyai

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

3.2. Szerződő: a biztosítani kívánt csoport egészségének megóvásában érdekelt Gondoskodás Egészség-és Önsegélyező Pénztár (székhely: 1134 Budapest, Váci út 23-27.), aki a Biztosítási szerződést a Biztosítottak javára megkötí, a szükséges jognyilatkozatokat megteszi, a Biztosítottaknak – a Biztosítóval előre egyeztetett tartalommal és formában - tájékoztatást nyújt, és a Biztosítási szerződés tartama alatt – a Biztosítottakra történő díj-áthárítással – a Biztosító felé a biztosítási díjfizetési kötelezettséget teljesíti.

3.3. Biztosított

- a) **Biztosított:** az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményekre a Biztosítási szerződés létrejön. **A Biztosított lehet a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott Főbiztosított, illetve Társbiztosított.** A Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor 16 éves már elmúlt, de 75. életétévét még nem töltötte be.
- b) Az adott Biztosítottra vonatkozó csatlakozási kor a kockázatviselés kezdetének éve és a Biztosított születési évének különbségével kerül kiszámításra. A Biztosított aktuális kora a csatlakozási korból kerül kiszámításra: minden biztosítási évfordulón eggyel nő.
- c) *A Biztosított szerződőként nem jogosult belépni a Biztosítási szerződésbe, továbbá, a Biztosítottakat nem illeti meg a Biztosítási Szerződés módosításának és/vagy a biztosított jogviszonyukra vonatkozó biztosítási feltételek módosításának a joga.*

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

4. A biztosítás területi és időbeli hatálya

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

5. A szerződés tárgya, biztosítási esemény

- a) A Biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a kockázatviselés kezdetét követően, a kockázatviselés időtartama alatt bekövetkező és ezen időtartam alatt a Biztosítóhoz bejelentett Biztosítási esemény esetén a Biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti a Biztosítási szerződésben meghatározott Biztosítottak részére. A Biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a Szerződő a mindenkor esedékes biztosítási díjfizetési kötelezettségének határidőben, maradéktalanul eleget tegyen, és a szolgáltatási igényt benyújtó személy a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában Biztosítottnak minősüljön.

- b) Biztosítási esemény a vonatkozó **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK**-ben meghatározott olyan egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, mely a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartam alatt, de annak kezdetéhez képest előzmény nélküli betegsége, kóros állapota vagy balesete miatt válik szükségessé, és orvosilag indokolt. Előzmény nélküli betegségnek, balesetnek vagy kóros állapotnak minősül az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott, vagy kórismézett, illetve kezelést igénylő betegséggel, balesettel, kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással okozati összefüggésben nem áll.
- c) Biztosítási esemény továbbá az olyan egészségügyi szolgáltatás, tanácsadás igénybevétele, melynek célja a Biztosított egészségének megőrzése, illetve prevenció.

6. A szerződés létrejötte és hatálybalépése

- a) *A jelen feltételekre történő hivatkozással megkötött Biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító külön megállapodásával írásban jön létre, és a Biztosítási szerződésben meghatározott időpontban (ennek hiányában az utolsóként aláíró fél aláírásának napján) lép hatályba.*
- b) *A Biztosítási szerződés létrejöttéhez, módosításához, megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulása nem szükséges.*

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

- a) **A Biztosítási szerződés – a Szerződő és a Biztosító között létrejött kölcsönös megállapodásban foglaltak szerint – határozatlan időtartamra jön létre.**
- b) A biztosítási évforduló minden évnek a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja. Ha egy évben nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.
- c) **A biztosítási időszak a Biztosítási szerződés tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év.**

8. A Biztosítási szerződés módosítása

- a) A Biztosítási jogviszonyra az adott Biztosított csatlakozásakor hatályos szerződési feltételek irányadók.
- b) ***A Biztosító jogosult a biztosított csoportok összetételének változása, az egészségügyi szolgáltatói díjak változása, Biztosító szolgáltatását terhelő közterhek növekedése vagy a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt a biztosítási díjat évente felülvizsgálni és a biztosítási évfordulót követő biztosítási időszakra megfelelően módosítani. A módosításról a Biztosító legalább 90 nappal az évfordulót megelőzően tájékoztatja a Szerződőt. Legkésőbb az évfordulót megelőző 45 nappal a Szerződő felmondhatja a biztosítási szerződést, amennyiben a módosított díjat nem fogadja el.***
- c) Amennyiben a Biztosítási szerződés létrejöttét követően a Biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, úgy a Biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a Biztosítási szerződés vagy a jelen Feltételek – megváltozott szabályozásra

tekintettel történő – módosítására annak érdekében, hogy a Biztosítási szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen.

Amennyiben a Szerződő a módosító javaslatot a Biztosító erről szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a Szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel, a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A módosító javaslat Szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a Biztosítási szerződés Biztosító általi felmondására.

- d) A Szerződő a Biztosítási szerződés tartalmáról, a Biztosító által hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a Biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról a hatálybalépést megelőzően 30 nappal köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a helyben szokásos módon.

9. A Biztosító kockázatviselése

9.1. Kockázatviselés időtartama, várakozási idő

A Biztosító és Biztosított közötti jogviszony és így a Biztosító kockázatviselése a 9.2. pontban meghatározottak szerint automatikusan vagy a Biztosítottnak a Biztosítási szerződéshez történő csatlakozásával kezdődik és a 9.3. pontban meghatározott időpontig tart.

Biztosított jogviszony adott természetes személy részére egy adott időszakra és adott biztosítási csomagra kizárólag egy jogcímen, azaz vagy tagsági jogviszonyból eredően (Főbiztosítottként), vagy amennyiben csoportos biztosítási szerződés és a Különös Biztosítási Feltételek lehetővé teszik a Pénztártag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójaként (Társbiztosítottként) jöhet létre.

9.2. Kockázatviselés kezdete, a Biztosítottak csatlakozása

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

- **A Biztosítási szerződés létrejöttkor megjelölt Főbiztosítottak tekintetében 2023. január 1. napjának 0 órájától áll fenn, feltéve, hogy a szerződés létrejött, és az első díjrészletet a Biztosító számára megfizették.**
- **A Biztosítási szerződéshez annak tartama során újonnan csatlakozó Biztosítottak esetében a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által a Biztosított egyéni pénztári számlájáról történő sikeres díjlevonást és a Biztosítónak megküldött – új Biztosítottakkal kiegészített – adatszolgáltatást követő hónap első napján 0 órakor kezdődik meg, feltéve, hogy a személyükre vonatkozó biztosítási díjat a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően halasztásban állapodtak meg.**
- **Ha a Biztosított kiskorú, a Biztosítási jogviszony érvényességéhez – a rá vonatkozó részében – a gyámhatóság jóváhagyása nem szükséges, a kiskorú Biztosított nevében törvényes képviselője jogosult megtenni a csatlakozási és egyéb nyilatkozatokat. Amennyiben a Biztosított vagyoni jognyilatkozatai tekintetében cselekvőképességében teljesen vagy részlegesen korlátozott, a szerződés érvényességéhez – a rá vonatkozó részében – a gyámhivatal jóváhagyása nem szükséges.**

9.3. Kockázatviselés vége (biztosítási jogviszony megszűnése)

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik:

- a) amennyiben a Biztosítási szerződés bármilyen oknál fogva megszűnik, a Biztosítási szerződés megszűnése napján 24 órákor;
- b) Főbiztosított és Társbiztosított vonatkozásában, amennyiben a Főbiztosítottnak a Szerződéssel fennálló tagsági jogviszonya megszűnik – az utolsó megfizetett hónap utolsó napj 24:00 órákor;
- c) a maximális biztosított kor betöltésével - annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órákor, amelyben a Biztosított életkora eléri a 75. életévet;
- d) a Biztosított biztosítási jogviszonyának (lemondó nyilatkozat megtételével történő) felmondása esetén – ha a lemondó nyilatkozat adott hónap 20. napjáig a Szerződőhöz beérkezik, a hónap utolsó napján 24:00 órákor, egyéb esetben a következő hónap utolsó napján 24:00 órákor;
- e) a Biztosított halálával – a halál napján 24:00 órákor,
- f) A Társbiztosított biztosítási jogviszonya megszűnik a Főbiztosított biztosítási jogviszonyának megszűnésével, a Főbiztosított jogviszonyának megszűnésével azonos időpontban.

10. Felek kötelezettségei

10.1. Tájékoztatási kötelezettség

- a) A Biztosító tájékoztatási kötelezettsége a Szerződéssel szemben áll fenn.
- b) A Szerződéssel köteles tájékoztatni az egyes Biztosítottakat a Biztosítási szerződést érintő lényeges kérdésekről, körülményekről, a hozzá intézett nyilatkozatokról és a Biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról - haladéktalanul, de legkésőbb a változás hatálybalépését megelőző 30 napon belül.

10.2. Közlési- és változásbejelentési kötelezettség

- a) A Szerződéssel a Biztosítási szerződés megkötésekor, a Biztosított a biztosítási jogviszony létrejöttékor köteles írásban közölni a Biztosítóval – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt, amelyet ismert vagy ismernie kellett.
- b) A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a Szerződéssel és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- c) A Szerződéssel (a Biztosított vonatkozásában is) köteles a személyi adatainak módosulását, továbbá a Biztosító kockázatvállalása szempontjából valamennyi lényeges körülmény változását haladéktalanul, de legkésőbb a tudomására jutásától számított 5 napon belül a Biztosítóhoz írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a szerződéskötéskor az ajánlatban, az egészségi nyilatkozatban és az orvosi vizsgálat során írásban kérdést tett fel. A Biztosított a fenti adatokat a változástól számított 3 napon belül köteles bejelenteni a Szerződéssel felé.
- d) A Szerződéssel és a Biztosított köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- e) A közlésre, illetve a változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződéssel, vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

- f) A közlési, illetve változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a további Biztosított(ak) tartam közbeni csatlakozásától az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.
- g) Ha a Biztosítási szerződés több személyre vonatkozik és a közlési illetve változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.
- h) A közlésre illetve változásbejelentésre irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosított(ak)at. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.
- i) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést, illetve biztosítási jogviszonyt érintő lényeges körülményekről, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító jelen bekezdésben meghatározott jogait a többi személy vonatkozásában nem gyakorolhatja.
- j) Ha a Biztosító a szerződéskötést vagy a további Biztosított(ak) tartam közbeni csatlakozását követően szerez tudomást a szerződéskötéskor, illetve a további Biztosított(ak) csatlakozáskor már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében, illetve a további Biztosított(ak) tekintetében a csatlakozási jogviszony létrejöttétől számított első 5 évben gyakorolhatja.

10.3. Adatszolgáltatás, adatközlés

- a) A Szerződő havi gyakorisággal módosíthatja a Biztosítottak listáját. A módosított listát a Szerződő köteles írásban bejelenteni a Biztosítónak (adatközlés).
- b) Az adatközlésben foglaltak alapján az újabb Biztosítottak biztosítási jogviszonyai az adatközlést követő hónap első napján 0 órakor lépnek hatályba és a 9.3. pontban foglaltak szerint szűnnek meg. Ettől eltérő időpontban újabb Biztosítottak csatlakozása a Biztosítási szerződéshez nem lehetséges.
- c) A Szerződő által a Biztosító részére küldendő, a Biztosítottak adatait tartalmazó adatszolgáltatás részletes szabályait a Szerződő és Biztosító között létrejött megállapodás tartalmazza.

10.4. Díjfizetés

- a) **A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének és szolgáltatásának ellenértéke, melynek megfizetése a Szerződő kötelezettsége. A Szerződő az általa megfizetett díjat egészben áthárítja a Biztosítottakra. Díj-áthárítás esetén a Biztosított a számára megállapított díjat a Szerződő részére köteles megfizetni. A Társbiztosított vonatkozásában fizetendő díjat a Szerződő a Főbiztosítottra hárítja át. Az áthárított biztosítási díjat a Szerződő a Főbiztosított pénztárg egyéni számlájáról vonja le.**
- b) **Amennyiben a Biztosítottra áthárított biztosítási díj nem kerül megfizetésre, a díjjal nem rendezett időszakban a Biztosított a szolgáltatást nem veheti igénybe, kivéve, ha az adott biztosítási évre vonatkozó díjelmaradás utólag rendezésre kerül.**

- c) A Biztosítottnak a díjmaradás Szerződő felé történő rendezésére kizárólag a díjmaradás évében van lehetősége, a biztosítási évfordulón átnyúló utólagos teljesítés nem lehetséges.
- d) A díjmaradás utólagos rendezése esetén a díjjal rendezett időszak tekintetében a Biztosított utólagos térítés igénybevételeire jogosult.
- e) A biztosítás rendszeres díjfizetésű.
- f) A biztosítási díj a Szerződő és a Biztosító között létrejött megállapodás szerint havi gyakorisággal, Forintban fizetendő.
- g) A díjfizetés kizárólag banki átutalással teljesíthető a Biztosító részére. *A biztosítási díj akkor tekintendő megfizetettnek, amikor az a Biztosító erre rendszeresített számlájára, a Szerződésre egyértelműen azonosíthatóan, teljes egészében beérkezett.*
- h) A Biztosítót a kockázatviselés teljes tartamára illeti meg a biztosítási díj.
- i) Az esedékes díjrészletnél magasabb összeg befizetésével többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A befizetett díjtöbbletet kamatmentes díjelőlegként kezeli a Biztosító, és a következő esedékes díjrészletbe beszámítja.
- j) Amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a Biztosító a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. *A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés a póthatáridő utolsó napján 24:00 órakor megszűnik. A Szerződő díjfizetési kötelezettsége a szerződés megszűnéséig tart. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a díjrendezetség esetén áll fenn.*
- k) *A Biztosító a biztosítási díj részleges megfizetését nem fogadja el; a részleges díjfizetés következtében a Biztosítónak nem keletkezik arányos szolgáltatási kötelezettsége; a részlegesen megfizetett biztosítási díjat a Szerződő részére kamatmentesen visszautalja – a beérkezést követő 15 napon belül, és a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok szerint jár el.*
- l) Biztosító jogosult a biztosított csoportok összetételének változása, az egészségügyi szolgáltatói díjak változása, vagy a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt a biztosítási díjat felülvizsgálni és a biztosítási évfordulót követő biztosítási időszakra módosítani. A Biztosító a Szerződőt díjmódosításra vonatkozó szándékáról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 90 nappal értesíti.
- m) Amennyiben a Szerződő a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal a módosító javaslatra írásban nem nyilatkozik, akkor Biztosító a módosított díjtételű biztosítási szerződést tekinti érvényesnek. Amennyiben a Szerződő a módosító javaslatot a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal írásban elutasítja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.
- n) Ha a Szerződő a Biztosítónak nem a szerződés devizanemének megfelelő számlájára fizeti meg a biztosítási díjat, akkor a Biztosító számlavezető bankjának (MBH Bank Nyrt., székhely: 1056 Budapest, Váci utca 38., továbbiakban: Bank) mindenkori kondíciói szerint a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára kerül áthelyezésre az összeg. Az így jóváírt összeget tekinti a Biztosító befizetett díjnak. A téves befizetésekből eredő árfolyamkockázat, illetve többletköltség a Szerződőt terheli.
- o) A Szerződő a díj(ak)at egyedi átutalással forintban a Biztosító MBH Bank Nyrt.-nél vezetett 10300002-10315709-49020021 számú forint bankszámlájára – melynek IBAN kódja HU37 1030 0002 1031 5709 4902 0021 - fizetheti be. Az MBH Bank Nyrt. nemzetközi bankazonosító SWIFT kódja MKKBHUHB.
- p) Amennyiben a Szerződő nem a szerződés devizanemében kívánja fizetni a biztosítás díját, úgy az ebből származó árfolyamkockázat mérséklése érdekében a Biztosító a következők szerint állapítja meg a fizetendő díjat. Átutalás esetén a Szerződőnek az

esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a Biztosító befizetés devizanemének megfelelő számlájára.

q) A fentiek ellenére fennmaradó árfolyamkockázat a Szerződőt terheli. Amennyiben az árfolyamváltozásból eredően a megfizetett összeg nem fedezi az esedékes díjat, úgy a Biztosító a részleges díjfizetés szabályait alkalmazza.

10.5. Elszámolás

- a) A Biztosítási szerződés havi elszámolású.
- b) Az elszámolás további, részletes szabályait a Szerződő és a Biztosító között létrejött megállapodás tartalmazza.
- c) A Biztosító a csoport életkori összetétele évközbeni változásának az elszámolás során történő érvényesítésétől eltekint.

10.6. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége

A Szerződő és a Biztosító között létrejött megállapodás alapján a Biztosító a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEKBEN meghatározott szolgáltatásokat nyújtja a Biztosítottak részére, az ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEKBEN és a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEKBEN meghatározottak szerint. Amennyiben a Biztosítási szerződés lehetővé teszi, hogy a Biztosított több szolgáltatási csomag közül válasszon, a Biztosító a Biztosított által választott csomag(ok)ba sorolt szolgáltatások tekintetében vállalja a kockázatot, illetve nyújt szolgáltatást a vonatkozó szerződési feltételekben rögzített limit erejéig, az azokban foglalt feltételekkel.

10.7. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

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

10.8. Jognyilatkozatok érvényessége

Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez a biztosítási szerződés vagy jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályosak, ha azokat írásban nyújtották be, és azok a Biztosító 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület alatti címére vagy a 1476 Budapest, Pf.: 325. alatti postacímre beérkeztek. Abban az esetben, ha az adott

jognyilatkozatok érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást. Az elektronikusan benyújtott jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosítónak a csoportos@cig.eu e-mail címére beérkezett.

Azon jognyilatkozat, amely érvényességéhez a biztosítási szerződés vagy jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt írásban nyújtották be, és az a Biztosítóhoz beérkezett a 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület alatti címre. Abban az esetben, ha az adott jognyilatkozat érvényességéhez jogszabály nem írja elő az írásbeliség követelményét, akkor az arra jogosult által aláírt papír alapú dokumentum szkennelt változatát tartalmazó elektronikus levél beérkezése pótolja az írásbeli benyújtást. Az elektronikusan benyújtott jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosító e-mail címére (a csoportos@cig.eu e-mail címre) beérkezett.

11. A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése

11.1. Biztosítási esemény bejelentése

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

11.2. A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- a) A Biztosító a Szerződő és a Biztosító között létrejött megállapodásban vállalt szolgáltatásokat – az igényelt biztosítási csomag(ok) tartalmától függően – az ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI ÉS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEKNEK megfelelően nyújtja.**
- b) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior (a Biztosító által előre nem látható, elháríthatatlan külső akadály) kizárja vagy korlátozza a teljesítést, az akadály elhárultáig.**
- c) Utólagos térítés: a Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi ellátás költségeit a Biztosító megtéríti a Szerződőn keresztül, amennyiben az a vonatkozó biztosítási feltételek alapján téríthető. Az utólagos térítésre vonatkozó részletek a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEKBEK kerülnek meghatározásra. A Biztosított által előfinanszírozott egészségügyi ellátás költségtérítésére vonatkozó szolgáltatási igényt (utólagos térítés) a számla keltét követő tizenöt (15) napon belül be kell jelenteni.**
- d) A Biztosító köteles a kárrendezéshez nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:**
 - kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összecszerűen megállapította, vagy**
 - indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes**

követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összességében nem állapította meg.

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

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

- a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel, valamint a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (mint pl. házi- vagy üzemorvosi, a járó- és fekvőbeteg ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, szövettani vizsgálati eredmények, ideértve CT, MRI és röntgenfelvételek és azok vizsgálati eredményeit is, adott ellátásra vonatkozó (szak)orvosi beutaló és/vagy javaslat);
- a társadalombiztosítási szerv vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok;
- azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak;
- idegennyelvű iratok esetén azok fordító iroda, vagy szakfordító által készített fordítása;
- utólagos térítés esetén a Biztosított nevére kiállított számla (szerződésszámának feltüntetésével), a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolata, valamint a Biztosított magyarországi (forint) bankszámlaszámát tartalmazó nyilatkozat (aláírással és dátummal ellátva),
- összegbiztosítási fedezetek esetén a Biztosító által kiadott szolgáltatási igénybejelentő,
- személyi igazolvány vagy más személyazonosításra alkalmas okmány, lakcímkártya lakcímet igazoló oldalának másolata.

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

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

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

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

- b) A Biztosító a biztosítás díjának kalkulációja során technikai kamatlábat nem használt, a biztosítás hozammal, illetve többlethozammal nem rendelkezik.
- c) *A megszünt Biztosítási szerződés nem reaktiválható.*

13. A Biztosító mentesülése

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

14. Kizárások

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

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

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

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

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

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

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

15. A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) a Szerződő jogutód nélküli megszűnésével - a megszűnés napjának 24. órájával;
- b) díjnemfizetés miatt a 10.4)g) pontban foglaltak szerint;
- c) amennyiben a Biztosítottak száma nullára csökken - az utolsó Biztosított kilépése hónapjának utolsó napján, 24 órákor;
- d) rendes felmondással, ha a szerződést a Szerződő legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30 nappal, vagy a Biztosító a legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 90 nappal írásban felmondja - a biztosítási időszak végével;
- e) a Szerződő és a Biztosító közös megegyezésével - a közös megegyezésben jelölt napon, 24 órákor. A közös megegyezéssel történő megszűnésről szóló megállapodásról a Szerződő a szerződés megszűnése előtt legalább 30 nappal - a helyben szokásos módon - értesíti a Biztosítottakat.

16. Adatkezelési tájékoztató

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

17. Panaszokkal kapcsolatos tájékoztató

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

18. Eltérések a Polgári Törvénykönyv rendelkezéseitől

A jelen Általános Biztosítási Feltételek az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) vonatkozó rendelkezéseitől:

- a) a Ptk. 6:467. § (1) bekezdésétől eltérően a Biztosító részleges díjfizetést nem fogad el,
- b) a Ptk. 6: 449. § (1) bekezdésétől eltérően, ha az esedékes biztosítási díjat a Szerződő a Biztosító által adott 30 napos póthatáridőn belül sem fizeti meg, a póthatáridő eredménytelen elteltével a Biztosítási Szerződés a póthatáridő utolsó napján 24 órakor megszűnik,
- c) a Ptk. 6:449. § (2) bekezdésétől eltérően a díj meg nem fizetése következtében megszűnt Biztosítási Szerződés nem reaktiválható,
- d) a Ptk. 6:449. § (1) bekezdésétől eltérően, ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat nem fizeti meg, a díjjal nem rendezett időszakban a Biztosító szolgáltatását nem veheti igénybe, kivéve, ha az adott biztosítási évre vonatkozó díjmaradás utólag rendezésre kerül,
- e) a Ptk. 6:461. § (1) bekezdésétől eltérően a Biztosítási Szerződésben fedezetfeltöltésre nincs lehetőség,
- f) a Ptk. 6: 490. § (2) bekezdésétől eltérően a Biztosító a Biztosítási Szerződést 90 napos felmondási idővel felmondhatja.

19. Egyéb rendelkezések

- a) A Szerződő a biztosítás tartalmáról, a hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a Biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról a Biztosítottakat köteles tájékoztatni.
- b) A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 5 év.**
- c) A panaszkezeléssel kapcsolatos rendelkezések az Általános Ügyfél-tájékoztató című dokumentum 3. pontjában találhatóak meg.
- d) A Biztosító az Egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.
- e) Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért az Egészségügyi szolgáltató, és nem a Biztosító tartozik helytállni.
- f) Az Ellátásszervező partner a Biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhat. A Biztosító gondoskodik arról, hogy az ellátás megszervezése ebben az esetben továbbra is akadálytalanul megtörténjen. A módosításról a Biztosító annak hatályba lépését megelőzően legalább 60

Hatályos: 2026.01.01-től

nappal értesíti a Szerződőt, a Szerződő a hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatás tartalmáról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a hatálybalépést megelőzően legalább 30 nappal köteles tájékoztatni a Biztosítottakat, a helyben szokásos módon.

- g) A jelen feltételekkel meghatározott biztosításokból származó valamennyi per elbírálására a Polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény 30. § (1) bekezdése alapján az általános illetékességgel rendelkező bíróságok járnak el.
- h) A szerződéssel kapcsolatos – postai úton megküldött – jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnek ajánlott levélben kézbesítette, megkísérelte kézbesíteni, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelt írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.