

CSOPORTOS ÉLET- ÉS BALESETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS

amely létrejött a

1, név:	
Szerződő:	<i>Fővárosi Vízművek Zrt.</i>
Székhely:	1138 Budapest, Váci út 182.
Cégjegyzékszám:	01 10 042451
Adószám:	10898824-2-44
Végzett főtevékenység:	3600 Víztermelés, -kezelés, -ellátás
Képviseli:	Csörnyei Géza Zoltán és Debreczeny Imre László

mint Szerződő (a továbbiakban: „Szerződő”), és

2, név:	
Biztosító:	<i>CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.</i>
Székhely:	1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B. ép.
Cégjegyzékszám:	01 10 045857
Adószám:	14153730-4-44
Képviseli:	Dr. Fedák István János és Kóka Antal

mint Biztosító (a továbbiakban: „Biztosító”),

Szerződő és Biztosító - továbbiakban együtt: **Felek** - között az alábbi feltételek szerint:

I. Preambulum

Szerződő, az Univerzál Beszerző Kft. által a közbeszerzésekről szóló 2015. évi CXLI. törvény (a továbbiakban: Kbt.) 81.§-a alapján lefolytatott „II. KGFB-CASCO-CSÉB biztosítás beszerzés 2025-2026” tárgyú közbeszerzési eljárásban (a továbbiakban: Közbeszerzési eljárás) közös ajánlatkérőként vett részt.

A Közbeszerzési eljárás 3. részének „Csoportos élet- és balesetbiztosítás” nyertese a Biztosító lett. Felek megállapodnak, hogy Biztosítónak a jelen szerződés tárgyára vonatkozó és a Biztosító által az ajánlatában kifejezetten hivatkozott biztosítási feltételeit alkalmazzák az alábbi hierarchia szerinti sorrendben:

1. a közbeszerzési eljárás dokumentumai (eljárást megindító felhívás, közbeszerzési dokumentumok, továbbá ezek részét képező iratok, ártáblázat, a kiegészítő tájékoztatás dokumentuma(i), az eljárás során készült valamennyi jegyzőkönyv, nyilatkozat stb.);
2. a Szerződő Felek között létrejött szerződés, Műszaki Specifikáció, adatközlő;
3. a Biztosító ajánlata, illetve az abban kifejezetten hivatkozott szerződési feltételei (ÁSZF, KSZF), mely tartalmazza a Kbt. 131. § (2) bekezdése alapján az eljárás során alkalmazott értékelési szempontokra tekintettel – a nyertes ajánlat azon elemeit, amelyek értékelésre kerültek.

Az eljárás dokumentumaiban foglalt jogi, szavatossági, mennyiségi és minőségi feltételek a Biztosítóra nézve kötelező érvényűek a szerződés időtartama alatt, illetve a jelen szerződés keretében rendezésre kerülő valamennyi káresemény lezárásának dátumáig. A fenti dokumentumok esetleges eltérő rendelkezése alapján a Felek a magasabb hierarchia szerinti szövegezést tekintik elfogadottnak. A fentebb meghatározottak szerinti 1. és a 2. pontban nevesített dokumentumokban kifejezetten nem szabályozott kérdésekben a Biztosító 3. pontban megadott dokumentumaiban foglaltak az irányadók. Amennyiben a Biztosító a Szerződésnek a saját rendszerében történő rögzítést követően kötvényt állít ki, úgy a kötvényen záradékolnia szükséges, hogy „Jelen szerződés a „II. KGFB-CASCO-CSÉB biztosítás beszerzés 2025-2026” tárgyban lefolytatott közbeszerzési eljárás eredményeként jött létre. A biztosítási fedezetre elsődlegesen a közbeszerzési eljárás dokumentumaiban és a szerződő Felek között létrejött Szerződésben és Műszaki specifikációban foglalt előírások az irányadóak. Jelen biztosítási kötvény esetlegesen eltérő rendelkezései esetén Felek a közbeszerzési eljárás dokumentumait, illetve a szerződő Felek között létrejött Szerződést és Műszaki specifikációt tekintik elfogadottnak.”

Jelen szerződés alapján az alábbiakban részletezett feltételek szerint, valamint a jelen szerződés elválaszthatatlan mellékleteiben foglaltak tartalmának megfelelően a Biztosító fedezetet nyújt a Szerződő érdekeltségi körébe tartozó munkavállalók, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében foglalkoztatottak, illetve az egyéb természetes személyek csoportos élet- és balesetbiztosítása vonatkozásában.

II. A szerződés tárgya

1. A Biztosító vállalja, hogy a jelen Szerződés hatálya alatt a Szerződő által feljogosított, a jelen Szerződés szerinti szolgáltatást igénybe vevő jogosultak (továbbiakban: biztosítottak) részére a szerződésben és annak mellékleteiben foglaltak szerinti Csoportos élet- és balesetbiztosítási szolgáltatás nyújtását. Felek rögzítik, hogy a biztosítottak nyitó létszáma 1404 fő¹ - amelytől a Szerződő a szerződés teljes időtartama alatt eltérhet: 30%-kal (mennyiségi eltérés).

A 30%-os mennyiségi eltérésre vonatkozó szabályok:

A 30%-os mennyiségi eltérés meghatározás: a Szerződő által, az Adatközlő táblázatban megadott teljes nyitó létszám adatnak, valamint a 30%-os rátának a szorzata, ahol az eredményt minden esetben felfelé (egész számra) kell kerekíteni. **A mennyiségi eltérés keletkezésének oka:** a szerződés hatálya alatt a Szerződő részéről felmerülő, a szerződés kockázatviselési kezdete utáni biztosítási igény megváltozásának lefedése. **A mennyiségi eltérés kezelése és díjazása:** Felek éves elszámolásos rendszerben állapotodnak meg. Az elszámolás részletes szabályait az 1. számú mellékletét képező Műszaki Specifikáció tartalmazza.

Szerződő Felek a mennyiségi eltérést olyan minden ajánlattevő számára előre megismerhető és egyértelmű módosításnak tekintik a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontja alapján, amely nem változtatja meg a szerződés általános jellegét.

¹ A Szerződőre vonatkozó adatközlő táblázatban meghatározott összesen létszám szerint szükséges kitölteni.

2. A Biztosító azokra a kockázati körökre, melyek a Műszaki Specifikáció megfogalmazása(i) alapján Szerződő és/vagy a Biztosítottak vonatkozásában megjelenik - a jelen szerződés alapján határozott időtartamra – a Műszaki Specifikációban foglaltaknak megfelelő biztosítási fedezetet vállal.
3. Szerződő vállalja, hogy a biztosítási díjat a jelen szerződésben foglaltak szerint megfizeti Biztosító részére.

III. A szerződés hatálya

1. Jelen szerződés hatályba lépésének időpontja 2025.01.01 00.00 perce. A jelen szerződés hatálya alá tartozó biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete az adatközlő táblázatban megjelöltek szerint, 2025.01.01. 00.00 perce, de legkorábban az adott Szerződőre vonatkozó előzményszerződés megszűnését követő nap 00.00 perce. Szerződő az előzményszerződés megszűnésének hatályáról annak bekövetkezését megelőzően írásban tájékoztatja a Biztosítót.
2. Jelen szerződés lejárata: a szerződés határozott időtartamra jön létre. A határozott időtartam lejáratainak időpontja: a hatálybalépést követő 24. hónap utolsó napjának 24:00 perce.
3. Szerződő Felek megállapodnak, hogy a fent hivatkozott közbeszerzési eljárás eredményeként létrejövő szerződés(ek) technikai okokból Szerződőnként – mint közös ajánlatkérőnként – külön-külön íven kerülnek megszövegezésre és aláírásra, mely nem érinti azt a tényt, hogy az eljárás eredményeként létrejövő szerződés a Szerződő Felek közötti egyetlen érvényes és hatályos szerződés, mely jogi szempontból egy egységet képez.
4. A csoportos élet- és balesetbiztosítási szerződés évfordulója: a hatálybalépéstől számított minden egész év azonos napja. A jelen szerződés tárgyát képező biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a biztosítottakra vonatkozóan a fedezetbe vonásra irányadó szabályokat, valamint a fedezetből történő törlést a 1. számú mellékletét képező Műszaki Specifikáció szabályozza.

IV. A biztosítási díj

1. A biztosítási szerződés fizetési gyakorisága: éves². Az induló, nyitó állomány szerinti éves díj a jelen szerződés 2. számú mellékletét képező Adatközlőben és a 3. számú mellékletét képező Ártáblázatában foglalt mennyiségek és egységárak alapján: 15 509 517 Ft/év³. Az induló gyakoriság szerinti díj összesen: 15 509 517 Ft/év. Szerződő a díjfizetésre a fentiek figyelembevételével időarányosan köteles.
2. Felek megállapodnak abban, hogy a Biztosító a jelen szerződésben meghatározott díjtételeit / egységárait a jelen szerződés hatálya alatt nem módosítja, az alábbiakban rögzített kivétellel: Felek a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontjában foglaltak alapján rögzítik, hogy a Biztosító egyoldalú jognyilatkozatával az évfordulóra egy alkalommal jogosult – a szolgáltatási limitek változatlansága mellett - a következő biztosítási év (2026. január 1. napjától) tekintetében értékkövetés alkalmazására, amennyiben ennek alkalmazni kívánt mértékét az évfordulót

² A Szerződőre vonatkozó Adatközlő táblázatban meghatározott fizetési gyakoriság szerint szükséges kitölteni.

³ A Szerződőre vonatkozó adatközlő táblázat és a Biztosító Szerződőre vonatkozó megajánlása alapján szükséges kitölteni.

megelőző 60. napig Szerződő / Biztosított részére írásban jelezte. Az értékkövetés maximális mértéke a következő biztosítási évre vonatkozó díj tekintetében, a KSH által a 2024. évre közzétett, a „1.1.1.2. A fogyasztóiár-index fogyasztási főcsoportok szerint, a nyugdíjas fogyasztóiár-index és a maginfláció” tárgyú táblában a „Összesen” alcsoport (oszlop) szerinti általános fogyasztói árindex. Szerződő felek rögzítik, hogy az előbbiek szerinti határidő jogvesztő, tehát, amennyiben a Biztosító ezen szándékát a fenti határidőig nem jelezte, illetve korábban nem élt évfordulóra a rendes felmondás jogával, akkor az értékkövetés alkalmazására további lehetősége nincs.

3. A biztosítói díjképzés részletes szabályait a jelen szerződés elválaszthatatlan 1. számú mellékletét képező Műszaki Specifikáció szabályozza.
4. Az első esedékes és a további gyakoriság szerinti esedékes díjrészlet megfizetésére a mindenkori állomány vonatkozásában a Műszaki Specifikációban foglaltak az irányadók.
5. A Felek tudomásul veszik, hogy a szerződés hatálya alá bekerülő biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjszámítása éves elszámolás alapú. Az elszámolás részletes szabályait az 1. számú mellékletét képező Műszaki Specifikáció tartalmazza.
6. Az induló állományon túl, a biztosítottak létszám változásából fakadó díjváltozása ügyében a Felek a Műszaki Specifikációban leírtak szerint, évfordulót követően számolnak el egymással.
7. Állománycsökkenés esetén a Biztosítottak létszám csökkenéséből fakadó meg nem szolgáltat díjjal a Műszaki Specifikációban megfogalmazottak alapján számol el a Biztosító.
8. Szerződő Felek az állományváltozás miatti díjváltozásokat olyan minden ajánlattevő számára előre megismerhető és egyértelmű módosításnak tekintik a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontja alapján, amely nem változtatja meg a szerződés általános jellegét.
9. Felek megállapodnak abban, hogy a Biztosító a jelen szerződésben a számlakiállítás feltételeként foglaltak maradéktalan teljesítését követően jogosult számláját⁴ benyújtani. Biztosító tudomásul veszi, hogy a számlát a mindenkori adózási, illetve számviteli jogszabályoknak, továbbá a Szerződő által meghatározott egyéb tartalmi és formai követelményeknek megfelelően köteles kiállítani. Biztosító a számlán Szerződőként a következő megnevezést köteles használni:

Szerződő neve:	Fővárosi Vízművek Zrt.
Szerződő címe:	1138 Budapest, Váci út 182.
Adószáma:	10898824-2-44

10. A Biztosító az aktuális biztosítási díjről kiállított számlát (amely alatt minden esetben számviteli bizonylat is értendő) minden esetben a Műszaki Specifikációban megadott kommunikációs út meghatározásai alapján küldi meg.
11. A Biztosító minden számlán köteles feltüntetni a saját szerződésszámát, a teljesítés jogcímét, a teljesítés időszakát, valamint – ha ezt a Szerződő kéri, akkor - a Szerződő által megadott, egyéb azonosító számot. A Biztosító minden számla kibocsájtásával egyidőben köteles elektronikusan benyújtani egy excel formátumú részletezőt a kiadott számlában szereplő biztosított létszám

⁴ Amely alatt minden esetben számviteli bizonylat is értendő.

szerinti díjmegbontás tartalmával. A fenti excel táblázat a Műszaki Specifikációban rögzített kommunikációs út szerint kerül megküldésre. Amennyiben a kiállított számla alapján ellenőrizhető a számla összege, vagyis a számla tartalmazza a díjképzéshez felhasznált mennyiségi (csoportonkénti létszám) és egységár (csoportonkénti Ft/fő díj) adatokat, úgy nem szükséges a külön excel részletező benyújtása.

12. Figyelemmel a Kbt. 27/A. §-ában foglaltakra – mód van elektronikus számla alkalmazására, befogadására, amennyiben az megfelel az eredetének hitelességére és adattartalmának sértetlenségére vonatkozó követelményeknek, valamint az EN 16931-1:2017 számú európai szabványnak és az Európai Bizottság által e szabványhoz az Európai Unió Hivatalos Lapjában közzétett szintaxislistának.
13. Szerződő a számla igazolt kézhezvételétől számított 15 (tizenöt) naptári napon belül köteles azt felülvizsgálni és visszautasítás esetén, a visszautasítás okának egyértelmű meghatározása mellett a Biztosítót erről írásban értesíteni. Szerződő Felek megállapítják, hogy a számla fizetési határidejét a szabályszerűen és a megfelelő adatokkal kiállított számla kézhezvételétől számítják. Szerződő elfogadottnak tekinti a kiszámlázott összeget, amennyiben a számlán szereplő fizetendő díj maximum +/- 100 Ft-tal tér el a tényleges aktuális biztosítási díjhoz képest.
14. Szerződő késedelmes fizetése esetében Biztosító jogosult a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (a továbbiakban: Ptk.) 6:155. §-ában meghatározottak szerinti késedelmi kamatot felszámítani az elfogadott számla összege után a késedelmes napokra számítva. Szerződő nem köteles kamatot fizetni a vitatott vagy jóvá nem hagyott számlák összege után. Amennyiben Biztosító a szerződés alapján fennálló térítési kötelezettségének késedelmesen tesz eleget, a Ptk. 6:155. § rendelkezései szerinti késedelmi kamat fizetésére köteles.
15. A biztosítási díjat a Szerződő a Kbt. 135.§ (1) és (5) bekezdései és a Ptk. 6:130.§ (1)-(2) bekezdése szerint, a tárgyidőszak első hónapjában kiállított számla alapján előre fizeti meg, oly módon, hogy azt, a helyes számla kézhezvételétől számított 30 naptári napon belül banki átutalással teljesíti a Biztosító számára. A fizetési határidő tekintetében akkor is ez a szabály irányadó, ha a kiállított számlán szereplő fizetési határidő a fentiekől eltér. Ha ez munkaszüneti nap, akkor az ezt követő munkanap.
16. A finanszírozási és fizetési feltételekre a Kbt. 135. § (5) és (6) bekezdései is irányadók.
17. A biztosítási díj magában foglalja a Biztosító által a Szerződőtől beszedni köteles és a biztosítási díjba beéptendő valamennyi kivetett adó összegét.
18. Felek megállapodnak abban, hogy a biztosítási díj a Biztosító valamennyi költségét magába foglalja, erre figyelemmel a Biztosító a biztosítási szolgáltatásért a biztosítási díjon felül egyéb díjat vagy költséget nem számíthat fel.
19. Biztosító nem fizethet, illetve számolhat el a biztosítási díjban a szerződés teljesítésével összefüggésben olyan költségeket, amelyek a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont ka)-kb) alpontja szerinti feltételeknek nem megfelelő társaság tekintetében merülnek fel, és amelyek a Biztosító adóköteles jövedelmének csökkentésére alkalmasak.

20. Biztosító átlátható szervezetnek minősül, ezért vállalja, hogy a szerződés teljesítésének teljes időtartama alatt tulajdonosi szerkezetét a Szerződő számára megismerhetővé teszi és a Kbt. 143. § (3) bekezdése szerinti ügyletekről a Szerződőt haladéktalanul értesíti.
21. A külföldi adóilletőségű Biztosító köteles a szerződéshez arra vonatkozó meghatalmazást csatolni, hogy az illetősége szerinti adóhatóságtól a magyar adóhatóság közvetlenül beszerezhet a Biztosítóra vonatkozó adatokat az országok közötti jogsegély igénybevétele nélkül.

V. A teljesítésre vonatkozó szabályok

1. Biztosító kijelenti, hogy a jelen szerződésben vállalt feladatok ellátásához a szükséges szakértelemmel, szakmai tapasztalattal és jártassággal rendelkezik, kijelenti, hogy a legjobb szakmai tudása szerint, a vonatkozó jogszabályok, hatósági és egyéb előírások maradéktalan betartása mellett jár el. Biztosító kijelenti, hogy a vállalt feladatok elvégzéséhez szükséges engedélyekkel rendelkezik.
2. Biztosító kijelenti, hogy a szerződés tárgyát, az ellátandó feladatok lényeges jellemzőit és a biztosítási szolgáltatás teljesítésének egyéb feltételeit megismerte.
3. Területi hatálya (teljesítés helyszíne): a Műszaki Specifikációban megfogalmazottak szerint.

VI. A biztosítási esemény bekövetkezésekor követendő eljárás

1. A bekövetkezett káresemények kapcsán alapvetően a biztosított (károsult), illetve adott esetben Szerződő a Biztosító felé bejelentést kötelesek tenni a biztosított esetében a káresemény bekövetkeztenek, a Szerződő esetében a káresemény tudomásra jutásának dátumától számított 30 napon belül. A bejelentés a Biztosító feltételeiben foglalt határidőkhöz képesti elmaradása nem keletkeztet mentesülési és/vagy bármilyen egyéb hivatkozási alapot a szolgáltatás részleges és/vagy teljes megtagadására. A Biztosító a határidőn túli bejelentés kapcsán csak annyiban mentesül a szolgáltatás nyújtása alól, amely mértékben az idő múlásával az adott kárügy tekintetében lényeges dolgok, körülmények kideríthetatlenné váltak.
2. A Biztosító a kárbejelentés beérkezésétől számítottan ⁵ munkanapon belül megkezdi az adott kár feldolgozását. A kár feldolgozása megkezdettnek minősül, ha a Biztosító a kárbejelentés tényét kárszámmal, elektronikus levélben, ennek hiányában postai úton visszaigazolta. A visszaigazolásnak tartalmaznia szükséges a kárügyben benyújtandó iratok listáját is.
3. Biztosító tudomásul veszi, hogy a Kbt. 142.§ (1) bekezdés alapján Szerződő köteles dokumentálni a szerződés teljesítésére vonatkozó adatokat, ennek keretében köteles ellenőrizni és dokumentálni azon szerződéses kötelezettségek teljesítését, amelyeket a közbeszerzési eljárásban az értékelés során figyelembe vett, valamint minden, a szerződésben foglaltaktól eltérő teljesítést, annak okait és – adott esetben – a szerződésszegéssel kapcsolatos igények érvényesítését.
4. A kárrendezés egyéb szabályait a Műszaki Specifikáció részletezi.

⁵ A Biztosító felolvasólapja alapján kitöltendő!

VII. Alvállalkozó, közreműködő igénybevétele

1. Biztosító alvállalkozót (közreműködőt) a Kbt. 138. §-ban rögzítettek szerint vehet igénybe. Biztosító a jogosan igénybe vett alvállalkozóért, egyéb közreműködőért úgy felel, mintha a tevékenységet maga végezte volna, közreműködő jogosulatlan igénybevétele esetén pedig felelős minden olyan kárért is, amely anélkül nem következett volna be. A teljesítésbe bevont alvállalkozót, közreműködőt a Biztosítóra vonatkozó titoktartási kötelezettséggel megegyező mértékű titoktartási kötelezettség terheli.
2. A szerződő Felek rögzítik, hogy a Biztosító a jelen szerződés teljesítéséhez a 4. számú mellékletben rögzített alvállalkozókat veszi igénybe/ nem vesz igénybe alvállalkozót⁶.
3. Felek megállapodnak abban, hogy amennyiben a Biztosító a szerződés megkötésének időpontjában, majd – a később bevont alvállalkozók tekintetében – a szerződés teljesítésének időtartama alatt köteles előzetesen a Szerződőnek valamennyi olyan alvállalkozót bejelenteni (a megnevezésen túl az adószám, elérhetőség, valamint a képviseletre jogosult megjelölésével és az ajánlattevői teljesítésen belül az alvállalkozói teljesítés várható százalékos arányát valamint az alvállalkozói szerződés szerinti ellenszolgáltatás értékét is köteles megadni), amely részt vesz a szerződés teljesítésében. A Biztosító jelen szerződésben nyilatkozik, hogy a szerződés teljesítéséhez nem vesz igénybe a közbeszerzési eljárásban előírt kizáró okok hatálya alatt álló alvállalkozót. Egyéb nyilatkozatot, igazolást nem kell benyújtania.
4. A teljesítéshez a Biztosító a közbeszerzési eljárás során az alkalmasságának igazolásában részt vett szervezetet a Kbt. 65. § (9) bekezdésében foglalt esetekben és módon köteles igénybe venni. E szervezetek bevonása akkor maradhat el, vagy helyettük akkor vonható be más (ideértve az átalakulás, egyesülés, szétválás útján történt jogutódlás eseteit is), ha a Kbt. 138.§ (2) bekezdése szerinti feltételek teljesülnek.
5. A Szerződő a szerződés teljesítésének teljes tartama alatt Biztosítási szakértőt, alkuszi közreműködőt vesz igénybe. Az alkusz a jogszabályokban és a megbízási szerződésében foglalt feladatait látja el, kiemelten: igényfelmérés, biztosítási szerződések elemzése, értelmezése, javaslatok megfogalmazása a biztosítási kockázatok kezelésére, közreműködés biztosítói versenyztetések lefolytatásában és kiértékelésében, biztosítási szerződések megkötésében, kezelésében, módosításában, aktualizálásában, illetve a kárrendezésben, kárügyintézésben

VIII. A szerződésszegésre vonatkozó szabályok

1. Biztosító szerződésszegést követ el különösen, de nem kizárólagosan, ha
 - jelen szerződésben, illetve annak 1. számú mellékletében, a Műszaki Specifikációban rögzített, a teljesítésre vonatkozó feltételek szerinti eredeti megkötöttséghez képest jelentős mértékben (+50% feletti) késedelmesen teljesít, vagy
 - hibásan teljesít, mert a szolgáltatás bizonyíthatóan és felróhatóan nem felel meg a teljesítéskori jogszabályokban, vagy a jelen szerződésben meghatározottaknak.

⁶ Szerződéskötéskor a nyertes Ajánlattevő nyilatkozata alapján a megfelelő válasz aláhúzendó.

A fent leírt esetekben a Szerződő írásban felszólítja Biztosítót a szerződésszerű teljesítésre.

2. Amennyiben a Biztosító olyan okból, amelyért felelős:
 - a) a szerződésben foglalt kötelezettségeinek késedelmesen tesz eleget, Szerződő késedelmi kötbérré jogosult, amelynek mértéke minden késedelemmel érintett nap után 5.000 Ft/nap, de legfeljebb 25.000 Ft/szerződés. A Felek rögzítik, hogy a késedelmi kötbér megfizetése nem mentesíti a Biztosítót a teljesítési kötelezettség alól.
 - b) hibásan teljesít, Szerződő késedelmi kötbérré jogosult, amelynek mértéke a hiba kijavításáig eltelt napokra 5.000 Ft/nap, de legfeljebb 25.000 Ft/szerződés.
3. Biztosító súlyos szerződésszegésének minősül különösen, de nem kizárólagosan, ha:
 - a teljesítést jogos ok nélkül megtagadja,
 - felelősségi körében felmerülő okból a szerződésben vállalt teljesítési határidő vonatkozásában az eredeti megkötöttséghez képest (lásd VIII. 1. szerint) jelentős mértékben (+100% feletti) késedelmesen teljesít,
 - Szerződő írásbeli felszólítása ellenére sem a jelen szerződés szerint teljesít,
 - Biztosító fizetéseképtelenné válik, vagy ellene reorganizációs eljárás vagy felszámolás indul.
 - Biztosító tevékenysége folytatásához szükséges engedélyét a szerződés időtartama alatt visszavonják, felfüggesztik.
 - a teljesítés meghiúsul és/vagy ellehetetlenül olyan okból, amelyért a Biztosító felelős.
4. A szerződés Biztosító hibájából való meghiúsulása és/vagy ellehetetlenülése esetén a Biztosító meghiúsulási kötbér fizetésére kötelezett. A meghiúsulási kötbér összegét a szerződő Felek az éves biztosítási díj 10 %-a, de maximum 1.000.000,- Ft/szerződés határozzák meg.
5. Szerződő súlyos szerződésszegésének minősül, ha:
 - az általa befogadott/jóváhagyott számlát, annak jelen szerződés IV.14. pontja szerinti fizetési határidején túl, a Biztosító fizetési felszólítását követően 30 (harminc) napon, de mindenképpen a jelen szerződés IX.9. pontján belül sem egyenlíti ki.
6. Felek a másik fél súlyos szerződésszegése esetén jogosultak egyoldalúan, írásban, azonnali hatállyal a jelen szerződés felmondására, vagy amennyiben még nem történt teljesítés, a jelen szerződéstől elállni.
7. A Szerződő kötbérigényét attól függetlenül érvényesítheti, hogy a Biztosító szerződésszegéséből kára származott-e. A Szerződő a kötbér mellett érvényesítheti a kötbért meghaladó kárát, továbbá a szerződésszegéssel okozott kárának megtérítését akkor is követelheti, ha kötbérigényét nem érvényesítette.
8. A Biztosító a kötbér összegét a Szerződő írásbeli felszólításának közlését követő 15 napon belül köteles a Szerződő részére megfizetni. Az esedékessé vált kötbérfizetési kötelezettség alól a Biztosító a jelen szerződés megszűnése esetén sem mentesül.

IX. A szerződés módosítása, megszűnése

1. A Felek tudomással bírnak arról, hogy jelen szerződésnek – az eljárást megindító felhívás, a közbeszerzési dokumentumok, a dokumentáció feltételei, illetőleg az ajánlat tartalma alapján meghatározott részének – a módosítására kizárólag a Felek közös megegyezésével, írásban a Kbt. 141. §-ában foglaltak szerint van mód. Nem minősül szerződésmódosításnak a Felek cégjegyzékben nyilvántartott adataiban, így különösen a székhelyében, képviselőiben, számlavezető bankjában, bankszámlaszámában bekövetkező változás, továbbá a szerződéskötés és teljesítés során eljáró szervezet és a kapcsolattartók adataiban bekövetkező változás, valamint a fizetési gyakoriság szerződésben rögzítetthez képesti megváltozása. A fentiek szerinti változásokról az érintett Fél a másik Felet – az eset körülményeitől függően – vagy előzetesen írásban, a Műszaki Specifikációban rögzítettek szerint vagy az ott nem kezelt esetben, a változás bekövetkezéséről való tudomásszerzést (bejegyzését) követő 10 (tíz) naptári napon belül köteles értesíteni.
2. A Szerződő a Műszaki Specifikációban foglaltak szerint az állományváltozást az adott biztosítási időszak záró létszámára vonatkozó adatközlés formájában évente egyszer (éves elszámolás) köteles a Biztosító felé bejelenteni. A szerződő Felek ezen okok miatt felmerülő állományváltozást olyan minden ajánlattevő számára előre megismerhető és egyértelmű módosításnak tekintik a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontja alapján, amely nem változtatja meg a szerződés általános jellegét.
3. Amennyiben a Szerződő tekintetében, annak működését érintő olyan jelentős (állami) átszervezés, átcsoportosítás, átalakítás következne be, amely kihatással van jelen szerződésre (indokolatlanná teszi annak további fenntartását, ide nem értve az érdekmúlás esetét, melyet a IX.10. pont szabályoz), akkor a Szerződő jogosult azt a következő évfordulóra megszüntetni a Biztosító előzetes, írásos és legalább 3 hónappal az évfordulót megelőző időpontban közölt tájékoztatása mellett.
4. Jelen szerződés a határozott időtartam lejártával megszűnik.
5. A szerződő Felek megállapodnak, hogy a Biztosító a teljesítés során köteles a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. (Bit.) törvényben, továbbá a 43/2015. (III. 12.) Korm. rendelet a biztosítók és a viszontbiztosítók szavatolótőkéjéről és biztosítástechnikai tartalékairól a biztosítási tevékenységről foglaltakat jelen szerződés keretében betartani. Amennyiben a szerződés kárhányada (kifizetett és tartalékolt károkkal együtt) meghaladja a biztosítási adóról szóló 2012. évi CII. törvényben, az adott módozatra érvényes, adótartalom nélküli díj 60%-át, akkor a Biztosítónak lehetősége van a Szerződőt - minimum az évforduló előtt 3 hónappal - erről értesíteni és a szerződést évfordulóra megszüntetni. Szerződő felek megállapodnak továbbá abban, hogy a Biztosító jelen szerződést kizárólag egészében – minden Szerződőre kiterjedően – jogosult a biztosítás évfordulót megelőző legkésőbb 3 hónappal, egyoldalú jognyilatkozattal, a kárhányadra történő hivatkozással felmondani a biztosítási évfordulóra.
6. A Kbt. 143. § (2) bekezdése alapján a Szerződő köteles a jelen szerződést felmondani, vagy – a Ptk.-ban foglaltak szerint – attól elállni, ha a szerződés megkötését követően jut tudomására,

hogy a Biztosító tekintetében a közbeszerzési eljárás során kizáró ok állt fenn és ezért ki kellett volna zárni a közbeszerzési eljárásból.

7. A Szerződő a Kbt. 143. § (3) bekezdése alapján jogosult és egyben köteles jelen szerződést felmondani – ha szükséges olyan határidővel, amely lehetővé teszi, hogy a szerződéssel érintett feladata ellátásáról gondoskodni tudjon – ha:
 - a) a Biztosítóban közvetetten vagy közvetlenül 25%-ot meghaladó tulajdoni részesedést szerez valamely olyan jogi személy vagy személyes joga szerint jogképes szervezet, amely tekintetében fennáll a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont kb) alpontjában meghatározott feltétel;
 - b) a Biztosító közvetetten vagy közvetlenül 25%-ot meghaladó tulajdoni részesedést szerez valamely olyan jogi személy vagy személyes joga szerint jogképes szervezetben, amely tekintetében fennáll a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont kb) alpontjában meghatározott feltétel.
8. Felek a szerződést a teljesítési határidő letelte előtt kizárólag a másik fél súlyos szerződésszegése esetén, mondhatják fel azonnali hatállyal. A felmondást a másik féllel írásban kell közölni, amelyben meg kell jelölni a felmondás indokát is. Súlyos szerződésszegésnek minősülnek különösen, de nem kizárólagosan a jelen szerződés VIII. pontjában foglalt esetek.
9. A szerződés – egyidejűleg a Biztosító kockázatviselése – a biztosítási díj be nem fizetése esetén a biztosítási díj esedékességét követő 60. napon megszűnik, ahol az esedékesség a mindenkori gyakoriság szerinti számla kézhezvételének napjától számítandó.
10. Tekintettel arra, hogy a biztosítási díj fizetésére Szerződő a Műszaki Specifikációban rögzített mértékig felel, az esetleges részleges díj nem fizetés miatti fentiek szerinti megszűnés a szerződés részleges megszűnését eredményezi a díjjal nem fedezett rész és Szerződő vonatkozásában. Vagyis a biztosítási fedezet kizárólag azon Szerződőre vonatkozóan szűnik meg, amely a díjfizetést elmulasztotta.
11. Ha a Szerződő biztosítási érdeke megszűnik vagy a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, erről a Biztosítót haladéktalanul, de legkésőbb a Műszaki Specifikációban foglaltak szerint írásban értesítenie kell Szerződőt. A szerződés, illetve annak vonatkozó része az érdekmúlást követő nappal megszűnik. A Biztosító az érdekmúlás napjával bezárólag viseli a kockázatot és Szerződő e napig köteles a díj fizetésére. A megszűnés napját és a jogkövetkezményeit Felek írásban rögzítik.
12. Szerződő/ a szerződést azonnali hatállyal jogosult és köteles felmondani, amennyiben Biztosító az ukrajnai helyzetet destabilizáló orosz intézkedések miatt hozott korlátozó intézkedésekről szóló 833/2014/EU tanácsi rendelet (továbbiakban: Rendelet) alapján a szerződés megkötését követően kerül a Rendelet személyi hatálya alá. Amennyiben a tilalom csak a Biztosító által a teljesítésbe a szerződéses érték 10 %-át meghaladó mértékben bevont alvállalkozója, szállítója vagy a közbeszerzési eljárás során kapacitást biztosító szervezete tekintetében áll fenn, – a Kbt. vonatkozó rendelkezéseinek betartása mellett – a Ptk. 6:111. § alapján a szerződés érvényessé tételére van lehetőség a tilalommal érintett gazdasági szereplő cseréjével. Amennyiben Biztosító a Rendelet szerinti személyi tilalom hatálya alá kerülésnek a Szerződő tudomására jutástól számított 15 napon belül nem tud a tilalom hatálya alá nem tartozó személyt a tilalommal érintett, a teljesítésben részt vevő, a szerződéses érték 10 %-át meghaladó alvállalkozója, szállítója vagy

kapacitást biztosító szervezete helyett biztosítani, Szerződő azonnali hatállyal jogosult és köteles a szerződést felmondani. Biztosító a fentiekre tekintettel a szerződés érvényességének ideje alatt folyamatosan bejelentési kötelezettség terheli a tilalom személyi hatályának fennállása tekintetében. Erre tekintettel amennyiben Biztosító a Rendelet szerinti tilalom fennállásáról tudomást szerez, 3 munkanapon belül köteles azt a Szerződőnek írásban bejelenteni. Szerződő jogosult a tilalom fennállását a szerződés teljes időtartama alatt bármikor ellenőrizni. Amennyiben Biztosító a Szerződő felszólítására nem igazolja, vagy nem képes igazolni a tilalom személyi hatálya alá tartozás hiányát, Szerződő jogosult és köteles a szerződést azonnali hatállyal felmondani. A jelen pont rendelkezései mindaddig érvényben maradnak, amíg a Rendelet alkalmazásának kötelezettsége a Szerződő részéről fennáll.

X. Egyéb rendelkezések

1. A Felek a saját tevékenységi körükbe eső cselekményekért vagy mulasztásokért önálló felelősséggel tartoznak.
2. A Felek kötelesek működésük során a hatályos jogszabályok szerint eljárni és céljuk, hogy a korrupcióellenes, a tisztességes piaci magatartást szabályozó, versenyjogi, valamint fogyasztóvédelmi szabályoknak, továbbá az üzleti etika általánosan elfogadott szabályainak megfeleljenek, a szerződés megkötése és teljesítése során ezeknek megfelelően járnak el.
3. A Felek tudomásul veszik, hogy a szerződés teljesítése során megismert, a másik fél tevékenységéhez kapcsolódó minden olyan adat, tény, információ stb. (a továbbiakban: adat), amelynek a nyilvánosságra hozatala, illetéktelenek által történő megszerzése vagy felhasználása a jogosult jogszerű pénzügyi, gazdasági vagy biztonsági érdekét sértené vagy veszélyeztetné - és amelyet jogszabály egyébként más titokfajtának nem minősít - a Felek üzleti titkát képezi.
 - A Felek a tudomásukra jutó üzleti titkokat a vonatkozó jogszabályokra és a szerződésben foglaltakra figyelemmel kötelesek kezelni. Titoktartási kötelezettségük körében a tudomásukra jutott adatokat illetéktelen részére hozzáférhetővé nem tehetik, nem közölhetik, át nem adhatják, nyilvánosságra nem hozhatják – jogszabályi kötelezettség esetét kivéve – a szerződés megszűnését követően sem.
 - A Felek tudomásul veszik, hogy az általuk vállalt titoktartási kötelezettség azon harmadik személyekre is kiterjed, akiket a szerződés teljesítésébe bevonnak. A Felek kötelesek felhívni e személyek figyelmét a szerződésben foglalt titoktartási kötelezettségre, annak betartására, amelynek megtörténtét egymás részére bármikor igazolni is kötelesek.
 - A Felek közötti jogviszony bármely okból történő megszűnése esetén a Biztosító köteles a jogszabályokban foglaltak szerint haladéktalanul visszaadni vagy megsemmisíteni minden olyan bizalmas adatot tartalmazó dokumentumot, illetve arról készített másolatot, amellyel kapcsolatban titoktartási kötelezettség terheli.
 - A titoktartás alól kivételt képez az az eset, amikor valamelyik fél jogszabályban előírt kötelezettségének teljesítése érdekében hozza nyilvánosságra a fenti adatok valamelyikét.
 - A jelen titoktartási szabályok megsértéséért - az egyéb jogi következményeken túl - a Felek

egymással szemben kártérítési felelősséggel tartoznak.

- A Felek rögzítik és tudomásul veszik, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) rendelkezései a jelen szerződéssel összefüggésben alkalmazandók, a Felek adatkezelésére e törvény rendelkezéseit kell alkalmazni. Biztosító a szerződést, valamint az annak teljesítése során vagy azzal összefüggésben tudomására jutott minden információt üzleti titokként (a továbbiakban: „Titok”) köteles kezelni és azokat kizárólag a szerződés teljesítése céljából használhatja fel, és illetéktelen személyek tudomására nem hozhatja, ennek megfelelően a Biztosító a szerződés, valamint az annak teljesítése során létrejött tervek, dokumentumok, és Titok vonatkozásában kommunikációs tevékenységet nem folytathat, kivéve a – a Szerződéssel történt egyeztetést követően - az Infotv. 26. §, illetve 27. § (3) és (3a) bekezdéseiben foglalt feltételek teljesülésének esetét.
- Jelen szerződés aláírásával a Felek vállalják, hogy természetes személyek adatainak kezelése során a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) szóló, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679. rendeletének (továbbiakban: GDPR) megfelelően járnak el. Így különösen, Felek tudomásul veszik, hogy a szerződés megkötése és teljesítése, valamint a Felek közötti kapcsolattartás lehetővé tétele céljából a Felek kezelik egymás kapcsolattartóinak, valamint a szerződés teljesítésében részt vevő egyéb munkavállalóinak személyes adatait a GDPR 6. cikk (1) bek. b) és c) pontja alapján. Mindkét Fél jogos érdekét képezi, hogy szerződéses partnerével a szerződés megfelelő teljesítése és az együttműködés megteremtése érdekében kapcsolatot tartson. Szerződő a károsult személyes adatokat a GDPR 6. cikk (1) bek. f) pont szerinti jogi kötelezettség teljesítése jogalappal kezeli és továbbítja Biztosító felé.
- Amennyiben az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletében nevesített, a jelen szerződés teljesítéséhez kapcsolódó adatvédelmi incidens következik be a Biztosítónál, vagy ennek gyanúját Biztosító észleli, akkor azt köteles haladéktalanul a Szerződő részére jelenteni.

Szerződő Felek tudomásul veszik, hogy a szerződés a Kbt. 43. § (1) bekezdésében foglaltakra figyelemmel nyilvános, tartalma közérdekből nyilvános adatnak minősül.

4. A Biztosító az ajánlata alapján vállalja, hogy a szerződés teljes időtartama alatt legalább 1 fő dedikált kapcsolattartót biztosít. A dedikált kapcsolattartóhoz rendelt feladatok teljesítésére vonatkozó előírásokat a Műszaki Specifikáció tartalmazza.
5. Biztosító tudomásul veszi, hogy Szerződő a közbeszerzés biztosításszakmai támogatásával és a biztosítási szerződés kezelésével kapcsolatos teendők ellátásával biztosítási szakértőt (Alkusz) bíz meg, a megbízott biztosítási szakértő: Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt.
6. Szerződő kifejezetten hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződő biztosítási titoknak minősülő adatait átadja – különösen a szerződés kezelése, aktualizálása, a károk nyilvántartása, ill. a

kárrendezés elősegítése céljából – a Szerződő és annak megbízottja, valamint a szerződést kezelő biztosítási szakértő (Alkusz) részére.

7. A jelen szerződésből eredő vitás kérdések rendezését a Felek elsődlegesen tárgyalások útján kötelesek rendezni. Ennek sikertelensége esetén a vitás kérdések rendezésére a szerződő Felek a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény szerinti hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak.
8. A jelen szerződés egyes rendelkezései egymással összhangban értelmezendők, és amennyiben a jelen szerződés valamely rendelkezése vagy egy beazonosítható része érvénytelennek bizonyul, akkor az ilyen érvénytelenség nem érintheti a jelen szerződés többi rendelkezésének vagy annak beazonosítható részeinek érvényességét és hatályosságát.
9. Szerződő Felek megállapodnak, hogy jelen szerződés 2. számú – Adatközlő -, valamint 4. számú – Szerződés teljesítésében résztvevő alvállalkozók és egyéb közreműködők listája – és a 6. számú – Kapcsolattartók – mellékleteinek aktualizálása nem minősül jelen szerződés módosításának.
10. Jelen szerződésben nem rendezett kérdésekre a Bit., a Ptk., a Kbt. és végrehajtása tárgyában hatályba lévő rendeletek, valamint a vonatkozó egyéb jogszabályokban foglaltak irányadóak.
11. Biztosító tudomásul veszi, hogy az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény (továbbiakban: Áht.) 41. § (6) bek. alapján a Szerződő nem köthet olyan jogi személlyel, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezettel érvényesen visszerthes szerződést, illetve létrejött ilyen szerződés alapján nem teljesíthető kifizetés, amely szervezet nem minősül a nemzeti vagyonról szóló 2011. évi CXCVI. törvény (a továbbiakban: Nvtv.) 3. § 1. pontja szerinti átlátható szervezetnek. Szerződő továbbá ezen feltétel ellenőrzése céljából, a szerződésből eredő követelések elévüléséig az Áht. 55. § szerint jogosult a Biztosító átláthatóságával összefüggő, az 55. §-ban meghatározott adatokat kezelni.
12. Biztosító képviselője nyilatkozik, hogy - az Áht. 41. § (6) bekezdése, valamint a nemzeti vagyonról szóló 2011. évi CXCVI. törvény 3. § 1 b) pontja alapján - az általa képviselt társaság átlátható szervezetnek minősül.
13. Felek elfogadják és magukra nézve kötelezőnek tekintik az Áht. 63. §-ának vonatkozó rendelkezései, és a Kormányzati Ellenőrzési Hivatalról szóló 355/2011. (XII. 30.) Korm. rendelet alapján Kormányzati Ellenőrzési Hivatal és az Állami Számvevőszékről szóló 2011. évi LXVI. törvény 5. §-ának (5) bekezdésében foglaltak alapján az Állami Számvevőszék ellenőrzési jogosultságát.
14. Jelen szerződés részét képezik a Kbt. 136. § és 143. § rendelkezéseiben foglaltak.
15. Jelen szerződés 2 (kettő) eredeti, egymással azonos tartalmú példányban készült, amelynek minden oldalát a Felek képviselői szignójukkal és végül aláírásukkal látták el, melyből 1 (egy) példány a Szerződőt, 1 (egy) példány pedig a Biztosítót illeti meg.
16. Felek a jelen szerződést elolvasták, megértették, s mint akaratukkal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag, cégszerűen írták alá.

Melléklet:


Szerződő Felek megállapodnak, hogy az alábbi dokumentumok a szerződés elválaszthatatlan részét képezik, valamint a Biztosító tevékenységét a következő dokumentumokban rögzített feltételek szerint végzi el:

1. *számú melléklet:* Műszaki Specifikáció
2. *számú melléklet:* Adatközlő
3. *számú melléklet:* Nyertes ajánlattevő ártáblázata
4. *számú melléklet:* A szerződés teljesítésében résztvevő alvállalkozók és egyéb közreműködők listája
5. *számú melléklet:* Nyertes Ajánlattevő ajánlata és szerződési feltételei (ÁSZF, KSZF)
6. *számú melléklet:* Kapcsolattartók

A közbeszerzési eljárás iratanyaga (eljárást megindító felhívás, közbeszerzési dokumentumok, adott esetben kiegészítő tájékoztatások, ajánlat, adott esetben hiánypótlási felhívás és hiánypótlások, adott esetben felvilágosítás kérések és arra adott válaszok, adott esetben indokoláskérések és indokolások, írásbeli összegezés az ajánlatok elbírálásáról) – annak csatolása nélkül is – a jelen szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

Kelt: **2024 DEC. 30**

Kelt: **2024 DEC. 30**

Szerződő részéről:	Biztosító részéről:
 <small>02-095-025</small> FŐVÁROSI VÍZMŰVEK Zrt. 1138 Budapest, Váci út 182. <small>..... HÍJ 512.</small>	
Csörnyei Gáza Zoltán Vezérigazgató és Debreczeny Imre László Üzemeltetési igazgató Fővárosi Vízművek Zrt.	Dr. Fedák István János vezérigazgató és Kóka Antal vezérigazgató-helyettes CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

SAJÁT PÉLDANYA

6. számú melléklet

Kapcsolattartók:

Szerződéses ügyekben kapcsolattartó:

Dedikált kapcsolattartó:

Műszaki Specifikáció

**az Univerzál Beszerző Kft. - mint gesztor ajánlatkérő
- által megindított „II. KGFB-CASCO-CSÉB
biztosítás beszerzés 2025-2026” tárgyú közbeszerzési
eljárás**

III. rész - Csoportos élet- és balesetbiztosítás kapcsán

Tartalomjegyzék

A közbeszerzési eljárás tárgya:	3
Részajánlattétel ismertetése:	3
Dokumentum hierarchia:	3
A részajánlatra együttesen igaz paraméterek:	3
Szerződő(k)re vonatkozó paraméterek:	4
Kockázatviselés időszakára vonatkozó paraméterek:	5
A szerződés felmondása:	5
Díjazásra és díjfizetésre vonatkozó paraméterek:	6
A díjfizetés gyakoriságára vonatkozó szabály:	7
A közbeszerzési eljárás során használt, a díjképzésre, a díj bemutatására és a későbbi bontására vonatkozó szabály:	7
A fedezet igazolására vonatkozó megkötések / adatok:	10
Mennyiségre vonatkozó paraméterek:	11
A fedezethez csatlakozás időpontjai:	11
Szerződéskötésre vonatkozó megállapodás:	11
A biztosított kategóriák a csoportos élet- és balesetbiztosítás kapcsán:	11
Létszámváltozás (mennyiségi és minőségi változás) és annak lejelentési szabályai:	11
A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásának rendje:	12
A biztosítottak tekintetében használt egyedi megállapodások:	13
A műszaki fedezetre vonatkozó megkötések / adatok:	14
A csoportos élet- és balesetbiztosítás kockázatok területére vonatkozó megkötések / adatok:	15
Egyéb műszaki meghatározások / adatok:	16
A kárrendezés területére vonatkozó megkötések / adatok:	17

A közbeszerzési eljárás tárgya:

Az eljárásban résztvevő Ajánlatkérő(k) közbeszerzési eljárás keretén belül vásárolják meg a következő 2 éves időszakra vonatkozó Csoportos élet- és balesetbiztosítási fedezetüket.

Részajánlattétel ismertetése:

3. rész - Csoportos élet- és balesetbiztosítás.

Dokumentum hierarchia:

A közbeszerzés lefolytatásának időszaka alatt, majd a teljesítés során az alábbi dokumentumhierarchia kerül meghatározásra:

Lásd Szerződés rendelkezései között.

A részajánlatra együttesen igaz paraméterek:

Gesztorra / a közbeszerzést technikailag összefogóra / lebonyolítóra vonatkozó paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat:
Név:	Univerzál Beszerző Kft.
Székhely:	1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.
Céggjegyzékszám:	01 09 336252
Adószám:	25719499-2-43
Végzett tevékenység:	7022 Üzletviteli, egyéb vezetési tanácsadás

Szerződő(k)re vonatkozó paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat:
I-től, Név:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Székhely:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Számlázási cím:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Levelezési cím:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Adószám:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Képviseli:	Lásd az ajánlati felhívás alapján

Kockázatviselés időszakára vonatkozó paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat:
Biztosítás tartama:	Határozott 2 év.
Kockázatviselés kezdete a nyitó-állomány tekintetében és a hatálybalépés napja:	Jelen szerződés hatályba lépésének időpontja 2025.01.01. 00:00 perce. A jelen szerződés hatálya alá tartozó biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete az adatközlő táblázatban megjelöltek szerint, 2025.01.01 00.00 perce, de legkorábban az adott Szerződőre vonatkozó előzményszerződés megszűnését követő nap 00.00 perce. Szerződő az előzményszerződés megszűnésének hatályáról annak bekövetkezését megelőzően írásban tájékoztatja a Biztosítót.
Kockázatviselés vége:	A hatálybalépést követő 24. hónap utolsó napjának 24.00 perce.
Biztosítási évforduló:	A hatálybalépéstől számított minden egész év azonos napja.
Várakozási idő:	A Műszaki specifikáció teljes terjedelme alatt a meghatározott kockázatok tekintetében nem alkalmazható várakozási idő, valamennyi kockázat egységesen a szerződésben rögzített kockázatviselés kezdetével indul.

A szerződés felmondása:

A felmondás metodikája és annak időkorlátja 1:	Lásd szerződésben meghatározva!
Felmondás rendje 1:	A másik fél adott időpillanatban érvényes székhelye és/vagy magyarországi fióktelephelye felé írásban, ajánlott, tértivevényes küldeményként, az Alkusz egyidejű és azonos tartalmú értesítése mellett.

Díjazásra és díjfizetésre vonatkozó paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat:
Díjfizetés gyakorisága:	A szerződéstervezetben rögzítettek szerint.
Díjfizetés módja:	Számla ¹ ellenében átutalással. A Felek megállapodnak, hogy egyszerű díjbekérőt nem állítanak ki és nem fogadnak be.
Díjfizetés rendje:	Biztosítóhoz közvetlen.
Díjfizetés időszakának igazodása:	A közbeszerzés eljárás eredményeként létrejövő szerződés esetében annak időszaka, valamint annak díjszámítása a kockázatviselés kezdetéhez igazított biztosítási időszak szerint üzemel.
A kiállított számlákon/számviteli bizonylatokon szereplő ellenszolgáltatás teljesítésére vonatkozó megállapodás:	A Szerződő és a Biztosító rögzíti, hogy a fentiek szerint kiállított számlák fizetési határidejét, a szerződés adott időpillanathoz rendelt díjrendezettségét külön – külön vizsgálják.
Díjszámlázás törtidőszakra fedezetbe emelés és/vagy fedezetből törlés esetén:	Új belépők esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a munkavállaló munkajogi felvétel napjának 0 órája. Kilépő munkavállalók esetén a biztosító kockázatviselése a kilépés napjának 24. órájával megszűnik. Biztosító évente egy alkalommal egyeztet a Szerződővel a tényleges záró létszámot ² , amely a biztosítási díjelszámolás alapja. Az elszámolás pontos metodikája a Műszaki Specifikációban később részletezett. Amennyiben az elszámolást követően a Szerződőnek befizetési kötelezettsége keletkezne, akkor erre a részre is „a fizetési határidőre vonatkozó megkötés”-ben foglaltak érvényesek. Amennyiben az elszámolást követően visszautalandó díj illeti meg a Szerződőt, akkor - nyilatkozata alapján - lehetősége van, hogy a díjat visszautalják a részére, illetve arra is, hogy a díjat a következő díjfizetési időszakának az esedékes díjában írják jóvá. Amennyiben Szerződő nem nyilatkozik a visszautalandó díjról, a díj a következő, gyakoriság szerinti időszak esedékes díjában kerül jóváírásra, kivéve, ha a szerződés lejár. Ebben az

¹ Mely alatt minden esetben számviteli bizonylat is értendő.

² Az elszámolás a biztosítási időszak (1 év) utolsó napján érvényes állományi létszámadat alapján történik, az elszámolás részletes szabályait „A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásának rendje” rész tartalmazza. A záró állományi létszám biztosított csoportonként külön-külön kerül megadásra.

	esetben a Biztosító köteles jóváíró számlát kiállítani és a fennmaradt díjat visszautalni a szerződés megszűnését követő 30 napon belül.
A fizetési határidőre vonatkozó megkötés:	A biztosítási díjat a Szerződő a Kbt. 135.§ (1) és (5) bekezdései és a Ptk. 6:130.§ (1)-(2) bekezdése szerint, a tárgyidőszak első hónapjában kiállított számla/számviteli bizonylat alapján előre a szerződésben foglaltak szerint teljesíti. A számlakiállítás tekintetében a szerződő Felek akként rendelkeznek, hogy a Biztosító a számlát minden, a „Vagyonváltozás, mennyiségi változás és annak lejelentési szabálya” részben meghatározott időpontot követően már az újonnan lejelentett létszámadataira állítja ki.
Díjtartási köztöttség:	A Biztosító a határozott tartamú futamidő alatt nem jogosult a díjképzés menetén változtatni, illetve nem jogosult a díjképzés során használt paraméterek (egy főre eső díj) változtatására, a szerződésben rögzített kivétellel.

A díjfizetés gyakoriságára vonatkozó szabály:

A Biztosító a közbeszerzési eljárás megindításakor közzétett adatközlő táblázatban és/vagy egyéb helyen, a műszaki dokumentumokban foglalt gyakoriság szerinti díjfizetést figyelembevéve adja meg az adott Szerződőre vonatkozó éves díjat. Ha a szerződés időszaka alatt a Szerződő a díjfizetési gyakoriságán változtatni szeretne, akkor a Felek az alábbi táblázat szerint végzik el figyelemmel a Kbt. 141. § -ában foglaltakra:

<i>Fizetési ütemezés</i>	<i>Díjkedvezmény, pótdíj mértéke</i>
ÉVES	0%
FÉLÉVES	0%
NEGYEDÉVES	0%
HAVI	nem lehetséges ilyen gyakoriság választása!

A közbeszerzési eljárás során használt, a díjképzésre, a díj bemutatására és a későbbi bontására vonatkozó szabály:

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY A RÉSZAJÁNLAT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSE TEKINTETÉBEN A MEGAJÁNLOTT DÍJAZÁSNAK TARTALMAZNI KELL AZ AHHOZ TARTOZÓ VALAMENNYI ADÓTERHET.

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY A RÉSZAJÁNLAT TEKINTETÉBEN AJÁNLATKÉRŐ A TELJESÍTÉS IDŐTARTAMA ALATT ALKUSZI KÖZREMŰKÖDÉST VESZ IGÉNYBE. AZ ALKUSZ A JOGSZABÁLYOKBAN FOGLALT FELADATAIT LÁTJA EL.

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY MÁR A KOCKÁZATVISELÉS HATÁLYA ALATT, A SZERZŐDÉSBE FOGLALT MENNYISÉGI MUTATÓKNAK IDŐSZAKOS FELÜLVIZSGÁLATA, KARBANTARTÁSA, MAJD A SZERZŐDÉSEN VALÓ ÉRVÉNYESÍTÉSE NEM

MINŐSÜL A SZERZŐDÉSES KÖTELEM BÁRMINEMŰ MEGVÁLTOZTATÁSÁNAK, ÍGY ERRE A NYERTES AJÁNLATTEVŐKNEK LEHETŐSÉGET KELL BIZTOSÍTANIA.

A kommunikációs utakra vonatkozó megkötések / paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat: ³
Biztosító által kibocsátott <i>elektronikus</i> levelek küldésének iránya, kivétel fedezetigazolások:	<u>Alkusz</u> és a <u>Szerződő</u> e-mail címére.
Biztosító által kibocsátott, <i>elektronikusan</i> kiadott fedezetigazolások küldésének iránya:	<u>Alkusz</u> és a <u>Szerződő</u> e-mail címére.
Biztosító által kibocsátott, díjazást érintő valamennyi <i>papír alapú</i> dokumentum (díjbekérő, díjfelszólító, számla stb.) postázásának iránya:	<u>Alkusz</u> / <u>Szerződő</u> postacímére, kivétel olyan jogszabály hatálya alá tartozó esetben, ahol a jogszabályban foglaltak az irányadóak és az ott nevesített dokumentumok közvetlen a Szerződő felé postázandók. Ebben az esetben az ALKUSZ egyidejű és azonos tartalmú értesítése elektronikus formában, az Alkusz e-mail címére történik meg.
Biztosító által kibocsátott, a fedezetet vagy annak megszűnését érintő és/vagy megtestesítő valamennyi <i>papír alapú</i> dokumentum kivétel fedezetigazolás postázásának iránya:	<u>Alkusz</u> / <u>Szerződő</u> postacímére, kivétel olyan jogszabály hatálya alá tartozó esetben, ahol a jogszabályban foglaltak az irányadóak és az ott nevesített dokumentumok közvetlen a Szerződő felé postázandók. Ebben az esetben az ALKUSZ egyidejű és azonos tartalmú értesítése elektronikus formában, az Alkusz e-mail címére történik meg.
Biztosító által kibocsátott fedezetigazolás postázásának iránya:	<u>Alkusz</u> / <u>Szerződő</u> posta címére.
Biztosító által kibocsátott, a kárrendezési eljárás során készült valamennyi dokumentum (kárszám, káradat bekérő, kárszámítás, kárkifizetés értesítő stb.) postázásának iránya:	<u>A kárbejelentés kapcsán a bejelentő felé, egyéb esetben jellemzően a biztosított (károsult) felé.</u>
A Szerződő és a Biztosító egymáshoz intézett felmondása esetén	A másik fél adott időpillanatban érvényes székhelye és/vagy magyarországi fióktelephelye felé írásban, ajánlott, tértivevényes küldeményként, az Alkusz egyidejű és azonos tartalmú értesítése mellett.
Minden egyéb esetben:	<u>Alkusz</u> / <u>Szerződő</u> posta címére.

³ A táblázatban a végső postázási irány a szerződésalkötéskor kerül a Szerződő igényei szerint aláhúzásra.

A fedezet igazolására vonatkozó megkötések / adatok:

LEJELENTÉS / IGAZOLÁS ELEKTRONIKUS RÉSZE		
1	Lejelentés, változásbejelentés, fedezetbevonás, fedezetből kijelentés menete:	Az éves elszámoláshoz szükséges tényleges zárólétszám közlése a Szerződő és/vagy az Alkusz által, a szerződés mellékletét képező Adatközlő táblázat használatával, a Biztosító meghatározott e-mail címére történő lejelentéssel történik.
2	Lejelentés, változásbejelentés, fedezetbevonásra, fedezetből kijelentésre használt dokumentumszükséglet:	Biztosító a létszámváltozás tekintetében nem kér a zárólétszám kimutatáshoz használt hiánytalanul kitöltött Adatközlőn kívül egyéb dokumentumot a fedezetbevonáshoz, illetve fedezetből történő törléshez. Az Adatközlőn feltüntetett adatokért az azt kitöltő és/vagy aláíró szavatol.
3	Változásbejelentés várható adattartalma:	A Szerződő, a közlési kötelezettség hatálya alá tartozó paramétereken belüli bármilyen adatváltozása.
4	Fedezetigazolás, javított fedezetigazolás, elektronikus módon történő kiállításának és megküldésének határideje (erre vonatkozó, előzetes igény jelzése esetén):	Az igény Biztosítóhoz való beérkezéstől számított 3 munkanapon belül. A Biztosító a lejelentés, változásbejelentés, fedezetbevonás strukturáltságának megőrzésével e-mailben vagy szükség esetén faxon továbbítja a fedezetigazolás(oka)t.

LEJELENTÉS / IGAZOLÁS PAPIR ALAPÚ RÉSZE / RENDES IGAZOLÁS		
5	Az elektronikusan megküldött dokumentumok, igazolások papír alapú anyagának postára adási határideje, kivételesen fedezetigazolás:	Az eredeti igény beérkezését követő – lehetőség szerint - 3 munkanapon belül a Biztosító postázza.
6	Az elektronikusan megküldött dokumentumok igazolások papír alapú anyagának postára adási határideje, ha azok fedezetigazolások:	Az eredeti igény beérkezését követő - lehetőség szerint - 3 munkanapon belül a Biztosító ajánlott feladással postázza.

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY 8 MUNKAÓRA TEKINTENDŐ 1 MUNKANAPNAK.

3. rész: Csoportos élet- és balesetbiztosítás

Mennyiségre vonatkozó paraméterek:

A biztosítási fedezet alatt a Szerződő valamennyi, a biztosított kategóriáknál meghatározott természetes személyeinek; biztosítottjainak a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkezett, a Csoportos élet- és balesetbiztosítási szerződés terhére legkésőbb az elévülési időn belül bejelentett biztosítási eseménye értendő. A Csoportos élet- és balesetbiztosítás esetében a biztosítás díjszámításának alapja: a biztosítottak nyitó állományi létszáma főben meghatározva. A Szerződő által megvásárolni kívánt összes mennyiség a szerződés 2. számú mellékletét képező Adatközlő táblázatban megjelölt és főben meghatározott biztosított létszám, amelytől a Szerződő a szerződésben foglalt mennyiségi változás mértékében szükségszerűen eltérhet.

A fedezethez csatlakozás időpontjai:

Lásd Adatközlő táblázat.

Szerződéskötésre vonatkozó megállapodás:

A Szerződő(k), valamint a Biztosító (nyertes ajánlattevő) megállapodnak, hogy a közös ajánlatkérők szerinti Szerződő(k) tekintetében külön – külön szerződést írnak alá. A külön íven megszővegezett szerződés kiállításához szükséges adat / egyéb paraméter bontását a Szerződő(k) a Biztosító rendelkezésére bocsátják az adatközlő táblázatban. A külön íven megszővegezett szerződés kiállítás esetében a limitek, teljesítési határok stb. Szerződőnként külön - külön értendők és maradnak hatályban.

A biztosított kategóriák a csoportos élet- és balesetbiztosítás kapcsán:

1. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„A” csoport
2. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„B” csoport
3. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„C” csoport
4. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„D” csoport
5. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„E” csoport

Létszámváltozás (mennyiségi és minőségi változás) és annak lejelentési szabályai:

A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolások jellegű. „A fedezet igazolására vonatkozó megkötések / adatok” c. részben meghatározottak figyelembevétele mellett a Szerződő és a Biztosító megállapodnak, hogy az állományváltozások (a biztosítottak létszámában bekövetkező változások) – beleértve a minőségi eltérés szerinti változást is (a biztosítottak korcsoport szerinti összetételében bekövetkező változás) – tekintetében évente egy alkalommal, a biztosítási évfordulóra egyeztetve Szerződő a Biztosítóval a tényleges záró létszámot.

Új belépők esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a munkavállaló munkajogi felvétel napjának 0 órája. Kilépő munkavállalók esetén a biztosító kockázatviselése a kilépés napjának 24. órájával megszűnik. A biztosítási időszak alatt bekövetkező változás, legyen az a feladni kívánt állományi létszám növekedése vagy annak csökkenése, illetve minőségbeli változások, automatikusan fedezetet kapnak és/vagy a fedezetből törlésre kerülnek visszamenőlegesen a következő elszámolással. Igaz ez akkor is, ha az elszámolással fedezetbe emelt új biztosítottak, vagy azok minőségbeli változása időközben biztosítási esemény részese volt. Szerződő Felek a mennyiségi változást (mint a biztosítottak létszámában, minőségében bekövetkező változást) olyan, előre látható és ismert módosításnak tekintik a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontja alapján, amely nem változtatja meg a szerződés általános jellegét.

A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásának rendje:

A Szerződő a szerződéskötéskor a biztosítottak nyitó létszámát, majd minden biztosítási időszak (1 év) végén, legkésőbb a biztosítási évfordulót követő 15. napig, a biztosítási időszak végén érvényes záró állományi létszámát csoportonkénti bontásban külön-külön a Biztosító felé lejelenti, amely a biztosítási díjelszámolás alapja.

Felek a nyitó és a záró létszám közötti különbségre kalkulált díj felével számolnak el az alábbiak figyelembevételével.

A Szerződő által – legkésőbb a biztosítási évfordulót követő 15 napon belül - megküldött adatszolgáltatás alapján a Biztosító elkészíti az éves elszámolást, melynek eredményét, az adatszolgáltatás beérkezését követő 15 napon belül Szerződő részére megküldi.

A különbözeti díj leképzésének metodikája: csoport kategóriánként, az Ártáblázatban szereplő, 1 főre eső éves díj (Ft-ban) adat szorozva az adott csoport kategóriára megadott nyitó és záró létszám különbözettel, majd az eredmény osztása kettővel, végül ezen csoport kategóriánkénti díjak összeadása.

Az elszámolás során így keletkező + vagy – díjkülönbözet tekintetében jelen Műszaki specifikáció 6. oldalán a „*díjszámlázás törtidőszakra fedezetbe emelés és/vagy fedezetből törlés esetén*” meghatározásban foglaltak szerint számolnak el egymással.

A szerződő Felek megállapodnak, hogy amennyiben a szerződéskötéskori nyitó és a mindenkori évfordulókor az elszámoláshoz megadott záró létszám közötti különbség a szerződéskori nyitólétszámhoz viszonyítva nem haladja meg a +/- 3 % küszöbértéket, akkor az elszámolás miatti + vagy – díjkülönbözet kiszámlázásától eltekintenek.

A szerződő Felek megállapodnak, hogy Biztosító a biztosítási évfordulót követő új biztosítási időszakra már az elszámoláshoz megadott záró állományi létszámadattal, illetve az ahhoz társított, a szerződés mellékletét képező Ártáblázatban foglalt, 1 fő biztosítottra eső díjadattal képezi le a következő gyakoriság szerinti díjat.

A szerződő Felek megállapodnak, hogy a záró létszám alapján leképezett új gyakoriság szerinti időszakra vonatkozó díj nem változik a kezdeti díjhoz képest, ha a szerződéskötéskori nyitó és a mindenkori évfordulókor az elszámoláshoz megadott záró létszám közötti különbség a szerződéskori nyitólétszámhoz viszonyítva nem haladja meg a +/- 3 % küszöbértéket.

A biztosítottak tekintetében használt egyedi megállapodások:

- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a biztosítási fedezet változatlan feltételekkel kiterjed az igazgatósági tagokra, felügyelőbizottsági tagokra, illetve az ügyvezető igazgatókra ezen pozíciójuk betöltésének végéig, de maximum a kockázatviselés végéig, függetlenül ezen biztosítottak munkajogi státuszától. A Szerződő köteles a fentiek szerinti biztosítottakat a mindenkor esedékes, lejáratott létszámba beszámolni!
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a biztosítottak tekintetében az adatszolgáltatás kizárólag mennyiségi adat formájában történik. A biztosítottakra vonatkozóan - biztosítási esemény miatti szolgáltatás kivételével - semmilyen azonosításra szolgáló személyes adat előre nem kérhető.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a kockázatviselés kezdete adott biztosítottra vonatkozóan a munkaviszony és/vagy a munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony és/vagy megbízási jogviszony keretén belül a munkajogi felvétel első napjának 00.00 órája.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a kockázatviselés vége adott biztosítottra vonatkozóan a munkaviszony és/vagy a munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretén belül a foglalkoztatás utolsó napjának 24.00 órája.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a biztosítottak tekintetében minimum belépési kor (alsó korhatár) nem kerül meghatározásra, adott biztosított a szerződés hatálya alá lejelenthető, amennyiben a lejelentés időpillanata korábbi, mint a biztosított 80. életéve betöltésének napja, azonban a szerződő Felek rögzítik, hogy a biztosítási védelem legkésőbb a biztosított 80. életévének betöltését követő napon, 00.00 órakor véget ér.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a kockázatvállaláshoz a biztosítottak részéről egészségi nyilatkozat kitöltése nem szükséges, valamint orvosi vizsgálaton történő megjelenésre sem kötelezhetőek. A Biztosítónak a biztosítottak tekintetében befogadási kötelezettsége van, amennyiben ezen személyek a szerződésben és műszaki specifikációban rögzített paramétereknek megfelelnek.
- **A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a Biztosító a biztosítottak előzménybetegségének vizsgálatáról lemond, azzal kapcsolatos korlátozásokat a teljesítés során nem eszközöl.** Ezzel együtt jelen kiterjesztés és a fedezet nem magára az előzménybetegségekre vagy előzménybalesetre vonatkozik, hanem az esetlegesen ezekkel összefüggésben okozati, de már a kockázatviselési időszakon belül bekövetkező biztosítási események kapcsán felmerülő kárigényekre.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a fedezet kiterjed a megváltozott munkaképességű munkavállalók (Ajánlatkérő megváltozott munkaképességűnek tekinti a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény 294. § (1) bekezdés 1) pont alpontjaiban meghatározottak szerinti munkavállalókat), mint biztosítottak esetében is, ahol a biztosítási esemény miatti behatást a biztosított káridőpontjában meglévő egészségügyi állapota alapján felülvizsgálják. A biztosított káridőpontjában meglévő egészségügyi állapotának felülvizsgálata alapján nyújtott biztosítási szolgáltatás alatt az adott balesetből eredő – adott esetben további – egészségkárosodásának megfelelő mértékű térítés értendő.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a fedezet kiterjed a biztosítottak sporttevékenységének időtartamára is, kivéve a hivatásszerű és extrém sporttevékenység végzése közben, az azokban aktív részvétel során, valamint ok-okozati összefüggésben a sporttevékenységre visszavezethető okból bekövetkezett káreseményeket. Az extrém sporttevékenység meghatározása

tekintetében a Felek a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 5/B. § (1) bekezdésében, a szerződéskötés napján hatályos tevékenységeket veszik figyelembe, ideértve különösen, de nem kizárólagosan az autó-, motor-, motorcsónak- és repülő sportokat, a mélytengeri búvárkodást (40 m alatt) és a vadvízi evezést.

- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a 0-24 órás műszaki meghatározást nem felülírva, pusztán az egyértelműbb beazonosíthatóság kedvéért rögzítik, hogy a fedezet kiterjed a háztartási balesetek, a munkaidő alatt, illetve az onnan történő jövet és menet során bekövetkezett káresemények kapcsán is.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy balesetből eredő biztosítási események közé sorolandó az ember vagy állat (pl kutya, rovar, stb.) erőszakos támadásából eredő, a biztosítottat ért káresemények is.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a szolgáltatási összegek és az ahhoz kapcsolódó díjazás tekintetében is az értékkövetés (index) alkalmazásától eltekintenek, ide nem értve a szerződésben rögzített esetet.
- A Biztosító szolgáltatása nem csökkenthető vagy módosítható a biztosítottak korának előrehaladtával.
- Biztosító a vonatkozó biztosítási feltételek alkoholos befolyásoltságra hivatkozó kizárás(ai)nak alkalmazásától eltekint, amennyiben:
 - a biztosított halála, balesete vagy betegsége alkoholos befolyásoltságával összefüggésben következett be, de véralkohol szintje nem haladja meg a 0,51 gr/liter vagy légalkohol szintje a 0,26 mg/liter értéket.
 - amennyiben az alkoholos befolyásoltság kapcsán a véralkohol/légalkohol szint nem megállapítható, úgy Biztosító nem hivatkozhat alkoholos befolyásoltság miatti kizárásra.

A műszaki fedezetre vonatkozó megkötések / adatok:

FEDEZETI KIALAKÍTÁSA:	MEGHATÁROZÁS:
Feltételek és szolgáltatás, alapbiztosítás:	A biztosítási fedezet moduláris kialakítású. Szerződő és Biztosító megállapodnak, hogy az alábbi táblázatban biztosítási eseményként meghatározottak vonatkozásában adott kár kapcsán a Biztosító minden olyan modul biztosítási összegét kifizeti, ahol a biztosítási esemény bekövetkezése megállapítható. A biztosítási fedezet a téríthetőség (jogalap) megállapítása tekintetében a biztosítási eseményként meghatározott állapot megvalósulására irányul.
Időbeli hatály:	Kockázatviselés időbeli hatálya: valamennyi biztosított esetében egységesen, 0-24 óra időtartamra.
Területi hatály:	Kockázatviselés területi hatálya: valamennyi biztosított esetében egységesen a világ egész területe.
Vírusos, bakteriális fertőzés:	A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a fedezet érvényben marad a biztosított(ak) azon biztosítási eseményeire is, amelyek közvetlen és/vagy

	közvetett kiváltó oka bármilyen vírus, illetve bakteriális fertőzés.
Díjképzés:	Lásd: „A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásának rendje” alatt.

A csoportos élet- és balesetbiztosítás kockázatok területére vonatkozó megkötések / adatok:

Biztosítási esemény ⁴ :	"A" csoport Ft/kár/fő	"B" csoport Ft/kár/fő	"C" csoport Ft/kár/fő	"D" csoport Ft/kár/fő	"E" csoport Ft/kár/fő
Életbiztosítás					
Bármilyen okú halál ^{5,6}	1 500 000 Ft	2 500 000 Ft	3 000 000 Ft	4 000 000 Ft	5 000 000 Ft
Temetési költségterítés	200 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft
Balesetbiztosítás					
Baleseti halál	3 000 000 Ft	5 000 000 Ft	6 000 000 Ft	6 000 000 Ft	6 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halál (baleseti halál felett)	1 000 000 Ft	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 000 000 Ft
Baleseti rokkantság fix (1-10%)	30 000 Ft	50 000 Ft	60 000 Ft	100 000 Ft	150 000 Ft
Baleseti rokkantság arányos (11-100%)	3 000 000 Ft	5 000 000 Ft	6 000 000 Ft	6 000 000 Ft	6 000 000 Ft
A baleseti maradandó egészségkárosodás után járó szolgáltatás összege duplázódik, ha a baleseti sérülést közvetlen kiváltó ok: közlekedési baleset.					
Baleseti kórházi napi térítés (1-90 napig)	6 000 Ft	6 000 Ft	6 000 Ft	6 000 Ft	10 000 Ft
Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.					
Baleseti eredetű keresőképtelenség (folyamatos, megszakítás nélküli)					
- legalább 20 nap esetén, egyszeri	26 000 Ft	26 000 Ft	26 000 Ft	26 000 Ft	26 000 Ft
- legalább 30 nap esetén, egyszeri (további)	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft
- legalább 40 nap esetén, egyszeri (további)	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft
Baleseti műtéti térítés					
- kis	75 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft	125 000 Ft	150 000 Ft
- közepes	150 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	250 000 Ft	300 000 Ft
- nagy	300 000 Ft	400 000 Ft	400 000 Ft	500 000 Ft	600 000 Ft
- kiemelt	600 000 Ft	800 000 Ft	800 000 Ft	1 000 000 Ft	1 200 000 Ft
Csonttörés (Fix térítés)	50 000 Ft	50 000 Ft	50 000 Ft	75 000 Ft	100 000 Ft
Baleseti Égés ⁶			3 000 000 Ft	3 000 000 Ft	5 000 000 Ft
Baleseti költségterítés			25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft
Egészségbiztosítás					
TB (D,E) rokkantság			1 000 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Betegségi műtéti térítés					

⁴ A biztosítási esemény elnevezése eltérhet, de tartalmában le kell fednie a szolgáltatást.

⁵ Amely fedezetet érvényes a COVID-19 és ezen kívül bármilyen vírus, illetve baktérium okozta fertőzöttség miatt, vagy azzal összefüggésben bekövetkezett halál esetében is!

⁶ A Biztosító ÁSZF és KSZF dokumentumaiban foglaltak szerint azzal, hogy a biztosítási esemény elnevezése eltérhet, de tartalmában le kell fednie a szolgáltatást

- kis	-	-	-	25 000 Ft	25 000 Ft
- közepes	-	-	-	50 000 Ft	50 000 Ft
- nagy	-	-	-	100 000 Ft	100 000 Ft
- kiemelt	-	-	-	200 000 Ft	200 000 Ft
Kórházi napi térítés (1-90 napig)	-	-	3 000 Ft	4 000 Ft	5 000 Ft
Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.					
Betegség eredetű keresőképtelenség napi térítés (11-30 napig) (levonásos önrész)	-	-	2 000 Ft	3 000 Ft	5 000 Ft
Rettegett betegségek	-	-	250 000 Ft	500 000 Ft	1 000 000 Ft
Extra szolgáltatások:					
Rokkantság esetén az ingatlan átépítési (akadálymentesítés) költsége			1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	4 000 000 Ft
Átképzési támogatás megváltozott munkaképesség esetén	200 000 Ft	300 000 Ft	500 000 Ft	750 000 Ft	1 000 000 Ft
Gyermekszületési támogatás				200 000 Ft	200 000 Ft

Egyéb műszaki meghatározások / adatok:

1. A baleseti halál szolgáltatás a bármely okú halál szolgáltatáson felül értendő.
2. Bármely okú halál térítésbe tartozik azon esemény is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezte erőszakos cselekményből ered, így különösen – de nem kizárólagosan – ha a biztosított személy neki nem felrható okból bűncselekmény áldozata lesz.
3. A baleseti maradandó egészségkárosodás után járó szolgáltatás összege duplázódik, ha a baleseti sérülést közvetlen kiváltó ok: közlekedési baleset.
4. Amennyiben a biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén⁷ történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.
5. Kórházi napi térítés és a baleseti eredetű kórházi napi térítés számításába beleszámít az a nap is, amelyen a biztosított személyt a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésre felvették, valamint onnan elbocsátották.
6. Baleseti eredetű műtéti térítés esetén a Biztosító a feltételeiben, vagy egy külön mellékletben köteles egyértelműen a kis-, közepes-, nagy- és kiemelt műtét csoportbeosztás szerint a biztosítási eseményként megjelenített beavatkozásokat elkülöníteni.
7. Baleseti eredetű keresőképtelenség: A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a Biztosító a biztosítás tartamán belül a biztosított(ak) balesete miatt bekövetkezett, orvosilag igazolt munkaképtelen állapotba kerülésének (betegállomány) az okát/előzményét a baleseti jelleg kivételével nem vizsgálja, a téríthetőség (jogalap) vizsgálata a keresőképtelen állapot megvalósulására irányul. Vagyis a Biztosító

⁷ Az intenzív ellátást biztosító részlegén (osztályon) történő kórházi ápolás életveszélyes vagy kritikusan súlyos állapotban lévő betegek életfontosságú szerveinek működését segíteni és monitorozni tudó, illetve ezen szervek vitális működését mesterségesen pótolni képes (gépi lélegeztetés, vesepótló kezelés, folyadékháztartás, gyógyszeres keringéstámogatás, stb.) ellátását, megfigyelését, ápolását és gyógykezelését jelenti.

baleseti eredetű keresőképtelenség esetére szolgáltatást nyújt a műszaki specifikációban rögzített - a csoportoktól függően meghatározott – kártérítési limit erejéig, függetlenül attól, hogy mi idézte elő a keresőképtelenségi állapotot, ha az egyébként baleseti eredetű. Jelen kiterjesztő záradék vonatkozásában balesetnek minősül különösen a rándulás, ficam, fagyás, napszúrás stb., így az ennek következtében bekövetkezett keresőképtelenség állapot esetére is szolgáltatást nyújt a Biztosító.

8. Rokkantság esetén az ingatlan átépítési (akadálymentesítés) költsége: maximum a csoport kategóriának megfelelő, megjelölt biztosítási összeg; számlával igazolandó a ténylegesen felmerült költség.
9. Átképzési támogatás megváltozott munkaképesség esetén: maximum a csoport kategóriának megfelelő, megjelölt biztosítási összeg, számlával igazolandó a ténylegesen felmerült költség.
10. Gyermekszületési támogatás: Egyösszegű kifizetés, ha a biztosítottnak vagy házastársának, élettársának gyermeke születik.

A kárrendezés területére vonatkozó megkötések / adatok:

KÁRRENDEZÉS:	
Dedikált kapcsolattartóval történő kommunikáció:	A Biztosító vállalja dedikált kapcsolattartó biztosítását a szerződés teljes időtartama alatt, aki köteles munkanapokon munkaidőben (8-16) rendelkezésre állni, továbbá köteles egy kontakt személyt a szerződésben nevesíteni, amely személytől a Szerződő a szolgáltatás nyújtására vonatkozó tájékoztatást és konkrét közreműködést kapnak. A szerződő Felek megállapodnak, hogy abban az esetben, ha a szerződésben megjelölt dedikált kapcsolattartó egyéb elfoglaltsága miatt, a vállalt feladatát nem tudja ellátni, akkor a Biztosító előzetesen a dedikált kapcsolattartó helyettesítéséről gondoskodni köteles úgy, hogy a szerződésben rögzített kommunikációs csatornák nem változhatnak (vagyis a megadott e-mail címre és telefonszámra érkező megkeresések kerüljenek a Biztosító által átirányításra).
Kárstatisztika nyilvántartása:	A Biztosító a saját rendszerében kárstatisztikai adatokat tart nyilván a biztosítási szerződés teljes futamideje alatt. A nyilvántartott adatok tekintetében a minimum adatszolgáltatási követelmény: káresemény dátuma, káresemény jellege (modulárisan), függő kártartalék, kifizetett kár összege, kárkifizetés dátuma, kár státusza,

	amennyiben a kár elutasításra került, akkor az elutasítás rövid indoklása, kárlezárás dátuma.
Kárstatisztika kiadása:	A Szerződő vagy az azt képviselő Alkusz írásos kérése esetén a fenti adatokkal a Biztosító a kárstatisztikai adatokat elektronikus formában kiadja a kérést követő 5 munkanapon belül.
A szolgáltatási igények tekintetében az elévülés:	A szerződő Felek megállapodnak, hogy ott, ahol a Biztosító meghívkozott ÁSZF, KSZF dokumentumaiban az elévülés: 1 évben van meghatározva, oda valamennyi esetben 2 évet értenek.
Káresemény bejelentésének időkorlátja:	A bekövetkezett káresemények kapcsán a szerződésben foglaltak szerint, alapvetően a biztosított (károsult), illetve adott esetben Szerződő a Biztosító felé bejelentést kötelesek tenni a biztosított esetében a káresemény bekövetkeztének, a Szerződő esetében a káresemény tudomásra jutásának dátumától számított 30 napon belül. A bejelentés a Biztosító feltételeiben foglalt határidőkhöz képesti elmaradása nem keletkeztet mentesülési és/vagy bármilyen egyéb hivatkozási alapot a szolgáltatás részleges és/vagy teljes megtagadására. A Biztosító a határidőn túli bejelentés kapcsán csak annyiban mentesül a szolgáltatás nyújtása alól, amely mértékben az idő múlásával az adott kárügy tekintetében lényeges dolgok, körülmények kideríthetlenné váltak.
Káresemény bejelentésének menete:	A fentiek szerinti, az adott káreseményt bejelentő természetes személy a Biztosító rendszeresített kárbejelentő formanyomtatványán, ennek hiányában lehetőség szerint elektronikus levélben megteszi bejelentését. A bejelentéskor a rendelkezésre állás függvényében a szerződő Felek az alábbi adatok megadását értik: a káresemény során bejelentést tevő természetes személy neve, elektronikus elérhetősége, telefonszáma, kapcsolatának minősége a káreseményben érintett biztosítóval, adott esetben a kedvezményezett azonosítása, szükség esetén azonosító okmánymásolatok. A káreseményben sérült és/vagy

	<p>érintett biztosított részéről annak neve, születési dátuma, e-mail címe, (mobil) telefonszáma. A bejelentésnek tartalmaznia kell – amennyiben erre akkor már lehetőség van - a káresemény rövid leírását, kimenetelét, illetve az ahhoz, a bejelentéskor már rendelkezésre álló kárügyben releváns dokumentumokat, a szerződés számát és/vagy Szerződő megnevezését. Amennyiben az adott kár kapcsán a biztosított személye egyértelműen meghatározható, akkor a Biztosító köteles a rendszerében a káreseményt akkor is rögzíteni, ha ahhoz a fentiekhez képest kevesebb adat áll a bejelentéskor a bejelentő rendelkezésére.</p>
Káresemény bejelentésének formái:	<p>A káresemény bejelentésére az alábbi lehetőségek állnak rendelkezésre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - személyesen a Biztosító ügyfélszolgálatán, - elektronikusan emailben vagy baleset és egészségbiztosítási fedezetek esetében a biztosító honlapján kialakított online kárbejelentő felületen, - illetve postai úton a kárbejelentésre rendelkezésre álló időkorlát figyelembevételével.
Kárrendezés iránya:	<p>A Biztosító a bejelentett káreseményekkel kapcsolatban – lehetőség szerint - közvetlen veszi fel a kapcsolatot a biztosítottal, illetve annak hozzátartozóival vagy meghatalmazottjával, illetve kedvezményezettje(k)e).</p>
Kárfeldolgozás megkezdésének időkorlátja:	<p>A Biztosító a kárbejelentés beérkezésétől számítottan, a nyertes Biztosító ajánlata alapján a szerződésben rögzített határidőn belül megkezdheti az adott kár feldolgozását.</p>
Online kárbejelentés esetén a kárfeldolgozás megkezdésének időkorlátja:	<p>Online kárbejelentés esetén a Biztosító 1 munkanapon belül visszajelzést ad a kárigény befogadásáról és a kárfeldolgozás megkezdéséről.</p>
A biztosítottság ellenőrzése:	<p>A Biztosító a káresemény tekintetében a Szerződőtől (ezen belül a biztosított, károsult közvetlen munkáltatói jogokat gyakorló vezetőjétől) nyilatkozatot kér az adott biztosított biztosítottságának, valamint csoportbesorolásának</p>

	ellenőrzése érdekében. A nyilatkozat aláírt és bélyegzővel ellátott dokumentumként, de a Szerződő részéről elektronikus formában is megadható.
Adott kártügyben a dokumentumszükséglet meghatározásának darabszáma:	Amennyiben a Biztosító már egyszer meghatározta és bekérte a kárrendezéshez szükséges dokumentumokat, úgy csak alapos és indokolt, előre nem látható ok miatt kérhet be az adott kártüghöz újabb dokumentumokat, abban az esetben, ha a biztosított, mint a kárigény benyújtója maradéktalanul beküldött minden korábban megkért dokumentumot.
Adott kártügyben a dokumentumszükséglet minőségének meghatározása:	A Biztosító elfogadja a jól olvasható formában, elektronikusan beérkező dokumentumokat, kivétel, ahol az eredeti dokumentum bekérése kifejezetten szükséges. Az eredetiben bekért dokumentumok közül azokat, amelyeket a biztosított, a beküldéskori nyilatkozata alapján részére visszaszolgáltatni kér, a Biztosító ajánlott, tértivevényes levélben köteles visszajuttatni.
Kárszámítás elkészítésének időkorlátja, gyorsított kárrendezés:	A Biztosító a bekért és ezen iratanyagok közül a legutolsónak megküldött dokumentum beérkezését követő 15 naptári napon belül a kárszámítást elkészíti és rendezett jogalap esetén elindítja a kárkifizetést.
Kárkifizetés irányának rögzítése:	A felek rögzítik, hogy a kárkifizetés iránya minden esetben a károsult biztosított (illetve annak törvényes örököse) felé történik meg, kivétel, ha biztosított előzetesen, nyilatkozatban másra engedményezte a kifizetést, ideértve a kedvezményezett jelölését is.
Kedvezményezett jelölő nyilatkozat:	A Biztosító a szerződés aláírásának időpontjában, vagy azt követő 15 napon belül rendelkezésre bocsátja az általa használt ún. kedvezményezett jelölésére szolgáló nyilatkozatot. Amennyiben a biztosított a nyilatkozaton érvényesen – legalább egy – haláleseti kedvezményezettet jelöl meg, abban az esetben a Biztosító a haláleseti szolgáltatást annak megfelelően teljesíti. A kedvezményezett jelölésére szolgáló nyilatkozatban foglalt adatok

	<p>valódiságáért, azok folyamatos időbeli megfelelése felől az adott biztosított szavatol. Szerződő és Biztosító megállapodnak, hogy a kedvezményezett-jelölés; illetve módosítás akként is lehetséges, hogy a Biztosítottak önállóan, a Szerződő külön írásbeli hozzájárulása, aláírása nélkül jelölnek, illetve módosítanak kedvezményezettet. Ez alapján a Biztosított érvényesen jelölhet, illetve módosíthat kedvezményezettet anélkül, hogy a kedvezményezett-jelölő nyilatkozatot a Szerződő aláírná.</p>
<p>Egyéb kárrendezésre vonatkozó szabályok:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Biztosító hétköznapokon, nyitvatartási időben dedikált telefonon hívható Ügyfélszolgálatot tart fent, melyen a biztosítással kapcsolatban tájékoztatás kérhető. 2. A Biztosító az által létrehozott dedikált weboldalon közzéteszi a kárrendezéshez szükséges dokumentumok listáját, valamint elérhetővé tesz egy Kárrendezési kisokost és GYIK gyűjteményt.

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY 8 MUNKAÓRA TEKINTENDŐ 1 MUNKANAPNAK.

3. sz. melléklet: Ártáblázat

CSOPORTOS ÉLET- ÉS BALESETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS

Szerződő/Üzembentartó megnevezése:	Fővárosi Vízművek Zrt.
------------------------------------	------------------------

Csoportok	Létszám (fő)	1 főre jutó biztosítási alapdíj (Ft/fő/év)	Kockázati szorzó	1 főre jutó biztosítási díj (Ft/fő/év)	Ajánlati ár (Ft/év)
"A" csoport létszáma	1225,0 fő	8 652 Ft	1,1100	9 604 Ft	11 764 900 Ft
"B" csoport létszáma	131,0 fő	12 324 Ft	1,1100	13 680 Ft	1 792 080 Ft
"C" csoport létszáma	0,0 fő	23 124 Ft	1,1100	25 668 Ft	0 Ft
"D" csoport létszáma	43,0 fő	35 328 Ft	1,1100	39 214 Ft	1 686 202 Ft
"E" csoport létszáma	5,0 fő	47 988 Ft	1,1100	53 267 Ft	266 335 Ft
Összesen	1404 fő				15 509 517 Ft



Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

- a) Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt történt balesetével közvetlen okozati összefüggésben bekövetkezett fizikai sérülése, amely olyan maradandó (végleges) egészségkárosodással jár, melynek mértéke eléri vagy meghaladja a szerződésben meghatározott minimális értéket..
- b) A Biztosítási esemény bekövetkezte a baleset időpontja.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg jelen Különös Feltételek 3)b pontja szerinti hányadának/többszörösének kifizetésére vállal kötelezettséget.
- b) A biztosítási összeg számításának módja lineáris. Azaz, a Biztosított baleseti eredetű, maradandó:
 - 11% alatti mértékű egészségkárosodása esetén a Biztosító a kötvényben szereplő biztosítási összeg 1%-át fizeti ki,
 - 11-99%-os egészségkárosodása esetén a Biztosító a kötvényben szereplő biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki,



- teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén a Biztosító a kötvényben szereplő biztosítási összeget fizeti ki.

- c) A Biztosító a balesetből eredő rokkantság fokát a jelen Különös Feltételek elválaszthatatlan részét képező „Rokkantsági fok megállapítása” c. 1. számú mellékletének megfelelően állapítja meg.
- d) Az egészségkárosodás kizárólag akkor tekinthető maradandónak, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakult, stabilnak tekinthető.
- e) Az érzékszervek működőképességének részleges elvesztése esetén, a szolgáltatást legfeljebb a megfelelő rokkantsági fok 75%-ában lehet meghatározni.
- f) A balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékét - tekintet nélkül a Biztosított foglalkozására - a Biztosító orvosa állapítja meg, más szakértői testületek döntésétől függetlenül.
- g) Az egészségkárosodás mértékének meghatározásakor az orvosszakértői vizsgálat alapján megállapított anatómiai károsodásból adódó funkciócsökkenést kell figyelembe venni, a munkaképesség csökkenéstől, munkaköri alkalmasságtól vagy sporttevékenységre képességtől függetlenül.
- h) A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.
- i) Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésekor már meglévő sérülés, állapot legalább 25%-os mértékben közrehatott a biztosítási eseménnyel összefüggő maradandó egészségkárosodás kialakulásában, a Biztosító a közrehatás mértékével csökkentett egészségkárosodás alapján szolgáltat.
- j) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított egészségi állapotát a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- k) Egy Biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű, maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-ot nem haladhatja meg. A szerződés tartama alatt bekövetkező balesetektől eredő maradandó baleseti sérülések mértékei (rokkantsági fokok) összegződnek. Amennyiben az összegzett rokkantsági fok eléri a 100%-ot, a biztosítási védelem az adott Biztosított tekintetében megszűnik.
- l) A Biztosító egy Biztosított vonatkozásában az adott biztosítási év során bekövetkező különböző balesetektől eredő, de következményeiket tekintve egymásra ható rokkantságot előidéző sérülések esetén, a legsúlyosabb következményekkel járó sérülésre teljesít szolgáltatást úgy, hogy a kifizetendő összeget a könnyebb sérülésekre már teljesített szolgáltatással csökkenti.
- m) A baleseti rokkantság mértékének megállapítására csonkolásos esetekben azonnal, egyéb esetekben a végállapot kialakulását követően, legkésőbb a baleset bekövetkezése után 2 évvel kerülhet sor. Amennyiben a rokkantság végleges foka meghaladja az előzetesen megállapított rokkantsági fokot, a Biztosító a rokkantsági fok különbözetének megfelelő többletszolgáltatást fizeti ki.



n) Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

o) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



1. számú melléklet

Rokkantsági fok megállapítása

Testrész károsodása	Rokkantság foka
Mindkét felkar elvesztése	100%
Mindkét comb elvesztése	100%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
Egyik felső végtag vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag combközép fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag lábszár közepéig való, vagy egyik lábfej teljes elvesztése vagy működésképtelensége	50%
Egyik lábfej boka szintjében való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Hüvelykujj (kézen) teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
Mutatóujj (kézen) teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Egyéb kezujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Beszélőképesség teljes elvesztése	60%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelőképesség teljes elvesztése	5%



Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén napi térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

- a) Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesetből eredő, annak bekövetkeztétől számított egy éven belüli, orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg ellátása, feltéve, hogy a kórházban eltöltött napok száma a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.
- b) Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, valamint az elbocsátás napja is, azonban jelen feltételek tekintetében nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak az az ellátás, mely során a kórházba történő felvétel és onnan történő elbocsátás között nem telik el 24 óra.
- c) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi felvétel (a fekvőbeteg-ellátás) 1. napja.
- d) Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg-ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.
(Adaptációs szabadság: pszichiátriai beteg alkalmazkodó szabadsága.)



3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (napi térítést) fizeti a Biztosított részére minden olyan napra (az önrészesedés típusát és tartamát figyelembe véve), amelyen a Biztosított jelen Különös Feltételekben meghatározott ellátásban részesül. Ez alól kivételt képeznek az önrészesedési időtartam napjai.
- b) Önrészesedési időtartam: a kórházi fekvőbeteg ellátásnak az első, kötvényben meghatározott számú nappól álló időszaka.
- c) Az önrész kötvényben meghatározott típusa a Szerződő választása szerint lehet:
- Meghaladásos: a Biztosító az önrészt meghaladó napokra visszamenőleg, a kórházi fekvőbeteg ellátás első napjától térít.
 - Levonásos: a térítési kötelezettség visszamenőleg nem áll fenn, az önrészesedési időtartam napjaira a Biztosító nem nyújt térítést.
 - Az önrészesedési időtartam az azonos balesetből eredő, egymást követő, többszöri folyamatos kórházi ápolási tartamok esetében minden egyes ápolási tartamra külön-külön érvényes, azaz ha a kórházi ápolás megszakítás után folytatódik, az ápolási napok nem adódnak össze.
- d) Egy balesetből eredően a Biztosító összesen legfeljebb 365 nap kórházi ápolási tartamra nyújt biztosítási fedezetet, amely 365 nap magában foglalja az önrészesedési időtartam napjainak számát is.
- e) A biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződő kérésére a Biztosító extra szolgáltatásként – külön díjazásért – a napi térítés 365 napban történő limitálásától eltekinthet.
- f) A kórházi ápolásra szóló szolgáltatás egyidejűleg csak egy biztosítási eseményre vehető igénybe. Újabb biztosítási eseményre kórházi ápolási szolgáltatás csak akkor teljesíthető, amikor az előző kórházi ápolás orvosilag egyértelműen befejeződött.
- g) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő kórházi ápolás;
- a kozmetikai és plasztikai műtéttel összefüggő kórházi ápolás.



Balesetből eredő időleges munkaképtelenség esetén egyszeri térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

- a) Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartamán belül baleset miatt bekövetkező, a biztosítási esemény kezdő napjától számított 30 napon belül orvosilag igazolt legalább 30 nap folyamatos munkaképtelen állapota (a továbbiakban: betegállomány), feltéve, hogy a betegállomány tartama a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.
- b) Amennyiben a betegállományt megszakítják, úgy a megszakítás utáni betegállományba kerülés új biztosítási eseménynek minősül, tehát az önrészesedési időszak erre a betegállományra is vonatkozik.
- c) Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.

(Adaptációs szabadság: pszichiátriai beteg alkalmazkodó szabadsága.)

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri szolgáltatást fizeti, ha a betegállomány tartama a rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.



- b) Önrészesedési időtartam: a betegállomány első, kötvényben meghatározott számú naptól álló időszaka.
- c) Az önrész mértéke a Szerződő egyedi igénye alapján kerül meghatározásra.
- d) A Biztosítót egy biztosítási időszak alatt egy Biztosított vonatkozásában egyszer terheli a szolgáltatási kötelezettség.
- e) Ha a Biztosított betegállománya különböző biztosítási években kezdődik, és végződik, ezen betegállomány minden napját ahhoz a biztosítási évhez kell számítani, amelyben a betegállomány megkezdődött (függetlenül attól, hogy erre az első napra a Biztosító nyújtott-e térítést).
- f) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő kórházi ápolás;
- a kozmetikai és plasztikai műtéttel összefüggő kórházi ápolás.



Baleseti eredetű műtét esetére szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítotton a kockázatviselés tartamán belül orvosilag indokoltan végrehajtott sebészeti beavatkozás, melynek célja baleseti sérülés okozta kóros következmény megelőzése, megszüntetése vagy csökkentése.

A műtétek besorolása az Általános Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 1-4. számú mellékletében található.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri összeg kifizetésére vállal kötelezettséget a feltételben foglaltak szerint.
- b) A biztosítási összeg meghatározása:
 - kis.műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 25%-át fizeti ki,
 - közepes műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 50%-át fizeti ki,
 - nagy műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (100%) fizeti ki,
 - kiemelt műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.



- c) Amennyiben egy Biztosított esetében egy balesetből kifolyólag több műtéti csoportba sorolható műtét elvégzésére kerül sor, akkor az egy biztosítási eseménynek számít és a Biztosító az elvégzett műtétek közül a legmagasabb kategóriájú műtét után nyújtja a térítést.
- d) Ha a baleset jellegéből adódóan – akut szakorvosi ellátást igénylő helyzet következik be – az egyes csoportbeosztásokban (Általános Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 1-4. számú mellékletei) szereplő műtéti térítésre akkor van lehetőség, ha a baleset alkalmával elszenvedett sérülés – anatómiai elváltozás – szakorvosi lelettel igazolást nyer, és annak műtéti ellátására a szakma szabályai által meghatározott módon és időhatárokon belül sor kerül.
- e) A műtéti térítési csoportokból kizárásra kerül, ha az adott elváltozás és a műtéti lelet a klasszikusan értelmezett baleset fogalmával bizonyítható módon ellentmond egymásnak. E körbe tartoznak elsősorban azok az elváltozások, melyek meglétére egy bekövetkezett baleseti esemény hívja fel a figyelmet. Régebbi sérülés területén bekövetkező, műtétet igénylő újabb olyan baleset, mely a csoportosításokban szerepel, az adott csoport 50%-áig téríthető.
- f) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.

Csonttörés esetére szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező baleseti eredetű múltékony sérülése, melynek következménye a Biztosított csonttörése, csontrepedése.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.
- b) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Égési sérülésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett balesetéből eredő égési sérülése.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságának megfelelő hányadát fizeti ki.
- A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a következő:

Mélység	Testfelület			
	10-19%	20-49%	50-79%	80% felett
I. fokú	-	-	-	-
II. fokú	-	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100 %	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

- Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedésű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú (mélységű) sérülés figyelembevételével állapítja meg.
- A Biztosító szolgáltatása egy Biztosított tekintetében egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg az égési sérülés kockázatra vonatkozó szerződésben meghatározott biztosítási összeg kétszeresét.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Baleseti rehabilitációs szolgáltatásra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (a továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkező balesetével okozati összefüggésben, a baleset időpontjától számított egy éven belül kialakuló, olyan maradandó egészségkárosodása, melynek következtében a Biztosítottnak a 3)b) pont szerinti, Magyarországon kiállított számlával igazolt költségei merülnek fel.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosított nevére és címére Magyarországon kiállított számlával igazolt költségeit téríti meg a kedvezményezett részére, biztosítási időszakonként legfeljebb a kötvényben meghatározott biztosítási összeg mértékéig.
- b) A Biztosító szolgáltatása szempontjából elismert költségek az egészségügyi szolgáltatók által a Biztosított részére teljesített, alábbi egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó, a Biztosított által megfizetett ellátási díjak:
 - gyógytorna,
 - fizioterápia,
 - fizioterápia.



- c) A Biztosító a közfinanszírozott társadalombiztosítási ellátásban igénybe vett, fenti kategóriákba sorolható egészségi ellátások vonatkozásában szolgáltatást nem teljesít.
- d) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított egészségi állapotát a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- e) Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
- f) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Baleseti költségtérítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia ÉletBiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett nem halálos kimenetelű balesete, amelynek következtében a Biztosított orvosi ellátást igénylő sérülést szenved és a baleset következtében a Biztosított ruházatában, poggyászában és személyi okmányjaiban kár keletkezik.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg erejéig megtéríti a Biztosított baleset során megsérült:

- ruházatának és poggyászában (a Biztosított nevére szóló számlával igazolt) javítási és tisztítási költségét,
- ruházatának és poggyászában káridőpontra avult értékét, amennyiben a ruházat és poggyász olyan mértékben károsodott, hogy helyreállítása, javítása nem lehetséges,
- személyes okmányainak újbóli beszerzési költségét,
- a baleset következményeként elmulasztott, de már a baleset előtt kifizetett verseny(ek) nevezési díjának összegét.

b) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.



4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- órákra (15.000 Ft értékhatár fölött), ékszerekre, fél- és drágakövekre, nemesfémekre, nemesszőrmékre, képzőművészeti alkotásokra,
- műtárgyakra, régiségekre, gyűjteményekre, bútorokra,
- készpénzre, belföldi vagy külföldi bankjegyekre, csekkekre, postai utalványokra, utazási csekkekre, takarékbetétkönyvre, utazási jegyekre, bankkártyákra (debit és credit típusúakra egyaránt), bármilyen fajtájú értékpapírra, üzemanyag kártyára vagy üzemanyag jegyre, menetjegyre és egyéb jegyekre,
- sportszerekre és az ezekhez kapcsolódó felszerelésekre,
- árumintákra, szerszámokra, munkavégzés céljára szolgáló eszközökre, élelmiszerekre,
- szemüvegre, kontaktlencsére
- műszaki cikkekre és tartozékaikra - így különösen, de nem kizárólagosan asztali számítógépre, hordozható személyi számítógépre, rádióra, fényképezőgépre, televízióra, mobiltelefonra, felvevő és lejátszó készülékekre.
- járművekre és tartozékaikra, alkatrészekre
- a beszerzéskor 50.000 Ft egyedi értéket meghaladó ruházatra, poggyászra, és azok tartozékaira.

Közlekedési baleseti eredetű halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia ÉletBiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett közlekedési balesetéből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
- b) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.

Betegségből eredő időleges munkaképtelenség esetén napi térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosítók által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

- a) Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező betegségből eredő, a betegség bekövetkezésének napjától számított 30 napon belül orvosilag igazolt munkaképtelen állapota (a továbbiakban: betegállomány), feltéve, hogy a betegállomány tartama a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.
- b) Amennyiben a betegállományt megszakítják, úgy a megszakítás utáni betegállományba kerülés új biztosítási eseménynek minősül, tehát az önrészesedési időszak erre a betegállományra is vonatkozik (azaz az új biztosítási esemény tekintetében is meg kell haladnia a betegállomány tartamának a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot).
- c) Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.

(Adaptációs szabadság: pszichiátriai beteg alkalmazkodó szabadsága.)



3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (napi térítést) fizeti a Biztosított részére a betegállomány minden napjára az önrészesedés típusát és tartamát figyelembe véve.
- b) Önrészesedési időtartam: a betegállomány első, kötvényben meghatározott számú napból álló időszak.
- c) Az önrész kötvényben meghatározott típusa a Szerződő választása szerint lehet:
 - Meghaladásos: a Biztosító az önrészt meghaladó napokra visszamenőleg, a táppénzes állomány első napjától térít.
 - Levonásos: a térítési kötelezettség visszamenőleg nem áll fenn, az önrészesedési időtartam napjaira a Biztosító nem nyújt térítést.
- d) A szolgáltatás biztosítási évenként legfeljebb 100 napi térítés lehet.
- e) A biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződő kérésére a Biztosító extra szolgáltatásként – külön díjazásért – a napi térítés 100 napban történő limitálásától eltekinthet.
- f) Ha a Biztosított betegállománya különböző biztosítási években kezdődik, és végződik, ezen betegállomány minden napját ahhoz a biztosítási évhez kell számítani, amelyben a betegállomány megkezdődött (függetlenül attól, hogy erre az első napra a Biztosító nyújtott-e térítést).
- g) Jelen biztosításban a Biztosító csak a Magyarországon eltöltött betegállományi napokra nyújt szolgáltatást.
- h) A biztosítás megkötéséhez a Biztosító egészségi nyilatkozat kitöltésére kötelezheti a Biztosítottakat.
- i) Amennyiben a Biztosító az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekben foglaltaktól eltér egyes Biztosítottak tekintetében, a kockázatviselés kezdete az egészségi nyilatkozat beérkezését követő nap 0. órájakor kezdődik.
- j) Jelen fedezet tekintetében a Biztosító a szerződés megkötésétől számított 3 hónap várakozási időt köt ki. Az ezen idő alatt kezdődő betegállományra egyszeri térítést abban az esetben sem teljesít a Biztosító, ha annak tartama a várakozási időn túl is fennáll. Az egyes Biztosítottakra vonatkozó várakozási idő kezdete a rájuk vonatkozó kockázatviselés kezdetével azonos.
- k) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.



4) A kockázatviselésből kizárt események

a) Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő ellátás;
- a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés;
- a kozmetikai és plasztikai műtét, kivéve, ha az betegség következtében fellépő szövetelváltozások helyreállítására irányul;
- a krónikus vesedialízissel kapcsolatos kórházi kezelés;
- a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;
- az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.

b) A csoportos biztosításba a tartam alatt újonnan bejelentett, a bejelentéskor keresőképtelen állományban lévő biztosított tekintetében a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn. A felek ettől eltérően is megállapodhatnak.



Betegségből eredő kórházi napi térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

- a) Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező betegségből eredő, annak bekövetkeztétől számított egy éven belüli orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátása, feltéve, hogy a kórházban eltöltött napok száma a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.
- b) Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, valamint az elbocsátás napja is, azonban jelen feltételek tekintetében nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak az az ellátás, mely során a kórházba történő felvétel és onnan történő elbocsátás között nem telik el 24 óra.
- c) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi felvétel (a fekvőbeteg-ellátás) 1. napja.
- d) Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.

(Adaptációs szabadság: pszichiátriai beteg alkalmazkodó szabadsága.)



3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (napi térítést) fizet a Biztosított részére minden olyan napra (az önrészesedés típusát és tartamát figyelembe véve), amelyen a Biztosított jelen Különös Feltételekben meghatározott ellátásban részesül. Ez alól kivételt képeznek az önrészesedési időtartam napjai.
- b) Önrészesedési időtartam: a kórházi fekvőbeteg ellátásnak az első, kötvényben meghatározott számú nappól álló időszaka.
- c) Az önrész kötvényben meghatározott típusa a szerződő választása szerint lehet:
- **Meghaladásos:** a Biztosító az önrészt meghaladó napokra visszamenőleg, a kórházi fekvőbeteg ellátás első napjától térít.
 - **Levonásos:** a térítési kötelezettség visszamenőleg nem áll fenn, az önrészesedési időtartam napjaira a Biztosító nem nyújt térítést.
 - **Az önrészesedési időtartam az azonos betegségből eredő, egymást követő, többszöri folyamatos kórházi ápolási tartamok esetében minden egyes ápolási tartamra külön-külön érvényes, azaz ha a kórházi ápolás megszakítás után folytatódik, az ápolási napok nem adódnak össze.**
- d) Egy betegségből eredően a Biztosító összesen legfeljebb 365 nap kórházi ápolási tartamra nyújt biztosítási fedezetet, amely 365 nap magában foglalja az önrészesedési időtartam napjainak számát is.
- e) A biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződő kérésére a Biztosító extra szolgáltatásként – külön díjazásért – a napi térítés 365 napban történő limitálásától eltekinthet.
- f) A kórházi ápolásra szóló szolgáltatás egyidejűleg csak egy biztosítási eseményre vehető igénybe. Újabb biztosítási eseményre kórházi ápolási szolgáltatás csak akkor teljesíthető, amikor az előző kórházi ápolás orvosilag egyértelműen befejeződött.
- g) A Biztosító a betegség következtében bekövetkező biztosítási esemény tekintetében, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási időt köt ki. A várakozási időn belül bekövetkező megbetegedés következtében szükséges kórházi fekvőbeteg ellátást a Biztosító akkor sem tekinti biztosítási eseménynek, ha a megbetegedés miatti kórházi fekvőbeteg-ellátás a várakozási idő letelte után is tart.
- h) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.



4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő ellátás;
- a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés;
- a kozmetikai és plasztikai műtét, kivéve, ha az betegség következtében fellépő szövetelváltozások helyreállítására irányul;
- a krónikus vesedialízissel kapcsolatos kórházi kezelés;
- a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;
- az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.



Betegségből eredő műtét esetére szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottna a kockázatviselés tartamán belül orvosilag indokoltan végrehajtott sebészeti beavatkozás, melynek célja betegség okozta kóros következmény megelőzése, megszüntetése vagy csökkentése.

A műtétek besorolása az Általános Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 1-4. számú mellékletében található.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri összeg kifizetésére vállal kötelezettséget a feltételben foglaltak szerint.

b) A biztosítási összeg meghatározása:

- kis műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 25%-át fizeti ki
- közepes műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 50%-át fizeti ki
- nagy műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki
- kiemelt műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 200%-át fizeti ki

c) Amennyiben egy Biztosított esetében egy betegségből kifolyólag több műtéti csoportba sorolható műtét elvégzésére kerül sor, akkor az egy biztosítási



eseménynek számít és a Biztosító az elvégzett műtétek közül a legmagasabb kategóriájú műtét után nyújtja a térítést.

- d) A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási időt köt ki.**
- e) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.**

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Rettegett betegségekre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított esetében a kockázatviselés ideje alatt az alábbi részletesen meghatározott orvosi diagnózisok megállapítása:

- a) **Rosszindulatú daganat (rákbetegség) alapvető tulajdonságai:** Befolyásolhatatlan növekedés és a rosszindulatú sejtek behatolása más szövetekbe. A csoporthoz tartoznak az ismert rákos megbetegedéseken kívül a leukémiák (kivételem a krónikus limphoid leukémia) és a limfomák. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség első diagnózisának időpontja.

- b) **Szívinfarktus:** A vérkeringésnek egy, a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizomelhalás. A diagnózist a következő tények együttes fennállására kell alapozni:

- Típusos mellkasi fájdalom
- Friss és bizonyító EKG eltérés
- Szívizom elhalására specifikus enzimek felszaporodása a vérben

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szívinfarktus diagnózis felállításának napja.

- c) **Agyi érkatasztrófa:** 24 órán túl is maradandó, 30 nap után is észlelhető idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörténés, beleértve az agyszövetek infarktuszát, az agyvérzést és az agyembóliát koponyán kívüli forrásból. A tartós idegrendszeri károsodást egy



neurológusnak kell megerősítenie legkorábban 6 héttel az esemény után, ennél korábbi szolgáltatási igényt a Biztosító nem fogad be. Ki vannak zárva olyan agyi tünetek, mint például a migrén, traumából, vagy csökkent oxigéntartalomtól származó agyi sérülés, a szemet vagy a látóideget érintő errendszerei betegségek, az egyensúlyi rendszer vérellátási rendellenességei.

Az ide tartozó kórképek:

- Agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis)
- Nem baleseti eredetű koponyán belüli vagy agyhártya alatti vérzés
- Koponyán kívüli eredetű agyembólia (baleseti eredet kizárva)

A biztosítási esemény bekövetkezése a bénulásos állapot végleges kialakulásától számított 60. nap után állapítható meg.

d) Életfontosságú szervek átültetése: Szív- és tüdőátültetés, vese transzplantáció, első alkalommal, ha a szervet a Biztosított kapja.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szervátültetés napja.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri biztosítási összeget fizeti ki.
- b) A jelen biztosítási szerződés alapján ugyanazon Biztosítottra a biztosítási összeg a tartamon belül csak egyszer kerülhet kifizetésre, mely biztosítási eseményt követően a Biztosítottra vonatkozóan a rettegett betegségek fedezetre szóló kockázatviselés megszűnik. Egy időben több betegség fellépése vagy a biztosítási összeg kifizetése után bekövetkező újabb megbetegedés miatt a Biztosító további kifizetést nem teljesít.
- c) Valamely diagnózis megállapítása csak akkor számít biztosítási eseménynek, ha a megállapítást követően a Biztosított legalább 30 napig életben van, függetlenül attól, hogy a diagnózis megállapítását követően a biztosítási szerződés akár a Szerződőre, akár a Biztosítottra vonatkozóan utóbb megszűnt-e.
- d) A rendelkezésre álló orvosi iratok alapján az esemény bekövetkezésének tényét és időpontját a Biztosító orvosa bírálja el - a diagnózis bekövetkeztétől számított 31. és 60. nap között. A Biztosító jogosult a Biztosítottat saját orvosával is megvizsgáltatni.
- e) A biztosítás megkötéséhez minden Biztosított egészségi nyilatkozata és 12 elvezetéses EKG vizsgálata szükséges. Ezen felül a Biztosító további orvosi vizsgálatot is előírhat.
- f) Amennyiben a Biztosított 12 elvezetéses EKG vizsgálati leletet nem bocsátja a Biztosító rendelkezésére és a hiánypótlásra való felhívás ellenére sem kerül pótlásra, a Biztosító a szívinfarktusból eredő biztosítási eseményeket kizárja a kockázatviselés köréből.



- g) A Biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki (adott Biztosított tekintetében a rá vonatkozó kockázatviselési kezdettől számítva). A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási eseményre a Biztosító nem térít.
- h) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- a nem invazív, helyi (lokalizált, carcinoma in situ) rákféleségek (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicalis dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le
- a malignus melanoma kivételével a bőrrákok (ide értve a festékes anyajegyek rosszindulatú elfajulását is)
- melanomák, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb, mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el
- a bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapota, illetve basalsejtes rákja
- a bőr valamennyi pikkelysejt karcinómája, kivéve amennyiben más szervekre is áttért
- Kaposi szarkóma és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatok
- prosztataraák, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T 1-ként írtak le (beleértve a T 1 (a), vagy T 1 (b), vagy ennek megfelelő vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).



Rokkantságra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkező és az illetékes magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen, még a biztosítás tartama alatt megállapított 70%-ot elérő mértékű össz-szervezeti egészségkárosodása (korábban D, E kategória), feltéve, hogy a rokkantosságot eredményező betegség vagy baleset a biztosítás kockázatviselése alatt következett be.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a biztosítási esemény bejelentésekor a Biztosított életben van.
- b) A Biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki a nem baleseti rokkantsági szolgáltatásra (a szerződéskötéskor már a Biztosított körben lévők esetében a szerződéskötéstől számítva; a Biztosított körbe újonnan belépők esetében a belépés napjától számítva). A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási eseményre a Biztosító nem fizet szolgáltatást.
- c) A várakozási idő nem vonatkozik arra az esetre, ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetét követően fellépő heveny fertőző betegség (előzmény nélkül hirtelen fellépő bakteriális, vírusos, gombás, vagy protozoon okozta megbetegedés) következtében rokkant meg.
- d) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.

Baleseti eredetű halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett balesetéből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
- b) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Gyermekszületési támogatásra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény következik be, ha a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt gyermeke születik. A biztosítási esemény időpontja a gyermek születésének időpontja.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti ki.
- b) Ikerszülés, vagy többes szülés esetén a Biztosító a biztosítási összegnek a született gyermekek száma szerinti többszörösét fizeti ki.
- c) A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 9 hónap várakozási időt köt ki.
- d) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13.) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett halála.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére, vagy kedvezményezett jelölés hiányában a Biztosított örököse részére.
- b) Adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító halálesetre vonatkozó kockázatviselése megszűnik azon nap 24. órájával, amikor a Biztosított betölti 70. életévét.
- c) A Biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki (adott Biztosított tekintetében a rá vonatkozó kockázatviselési kezdettől számítva). A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási eseményre a Biztosító nem térít.
- d) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



CIG PANNÓNIA
BIZTOSÍTÓ

CIG Pannónia

Általános

Csoportos Élet-, Baleset és

Egészségbiztosítási

Feltételek

Hatályos: 2024.10.10-től



Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	2
ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK	3
1) Bevezetés	3
2) Fogalmak	4
3) A Szerződés alanyai	6
4) Területi hatály	7
5) A szerződés létrejötte és hatályba lépése	7
6) A szerződés tartama, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak	9
7) Kockázatviselés kezdete, a biztosított jogviszony létrejötte és megszűnése	9
8) Felek kötelezettségei	10
9) A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok	14
10) Várakozási idő	19
11) Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam	19
12) A Biztosító mentesülése	19
13) Kockázatkizárások	20
14) Jognyilatkozatok	21
15) A kockázatviselés megszűnése	21
16) A biztosítási szerződés megszűnése	22
17) Egyéb rendelkezések	22
18) Adatkezelési tájékoztató	23
19) Panaszokkal kapcsolatos tájékoztató	23
20) Mellékletek	24
1. számú melléklet: Kis műtétek	24
2. számú melléklet: Közepes műtétek	27
3. számú melléklet: Nagy műtétek	32
4. számú melléklet: Kiemelt műtétek	36

ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

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: 14440306-4-44, továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: biztosítás) alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték. Az itt nem szabályozott kérdésekben a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek, valamint a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.
- b) Az ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK és a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK együtt értelmezendők. Az egyes biztosítási szerződésekre vonatkozó KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben és Záradékokban foglaltak eltérő rendelkezéseket tartalmazhatnak. A jelen ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK-től és a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-től történő bárminemű –a jogszabályok által lehetővé tett – eltérés kizárólag a Szerződő és a Biztosító egyedi, írásba foglalt megállapodása alapján lehetséges.
- c) A biztosítási szerződés az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – részekből áll, melyek együttesen képezik a biztosítási szerződés feltételeit:
- csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés,
 - az ajánlat és annak valamenyny melléklete,
 - fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: „kötvény”),
 - Ügyféltájékoztató,
 - Általános Szerződési Feltételek,
 - Különös Szerződési Feltételek,
 - Adózási tájékoztató,
 - Záradékok,
 - 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. A kötvény a szerződés létrejöttének visszaigazolása.

e) Az ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK, a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK és a Záradékok, illetve a Felek írásbeli megállapodásának ellentmondása esetén a rendelkezések értelmezési sorrendje a következő: 1. Felek írásbeli megállapodása; 2. Záradék(ok); 3. KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK; 4. ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK.

f) **A Biztosító jelen biztosítási terméket tanácsadás nélkül értékesíti.**

g) A Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: „Ptk.”) rendelkezéseitől, és a szokásos szerződési gyakorlattól eltérő rendelkezések dőlt betűvel szedettek.

h) A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: „Bit.”) 152. §, valamint 4. számú melléklete szerinti ügyfél tájékoztatásnak megfelelő – a külön dokumentumként a biztosítási szerződés részét képező Ügyféltájékoztató által nem tartalmazott – rendelkezések félkövér betűvel szedettek. A félkövér betűvel szedett rendelkezések, valamint az Ügyféltájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.

i) 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.

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

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

c) **Biztosítási esemény:** a **KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben meghatározott események minősülnek biztosítási eseménynek, az ott leírtak szerint.**

d) **Biztosítási fedezetek:** azon események összessége, amelyek vonatkozásában a Biztosító viseli a kockázatot és a vonatkozó **KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben**

foglaltak szerint biztosítási szolgáltatást teljesít.

- e) **Csoport:** a Biztosítottak köre. A Biztosítottak meghatározása valamely szervezethez való tartozásuk, a Biztosítottak és a Szerződő fél között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat alapján történik, és a Biztosító kockázatának vizsgálatára és vállalására a csoportra tekintettel kerül sor.
- f) **Előzmény nélküli betegség, baleset vagy kóros állapot:** az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely nem áll okozati összefüggésben a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott, vagy kórismézett, illetve kezelést igénylő betegséggel, balesettel, kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással.
- g) **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 lévő 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.
- h) **Gépjármű:** olyan jármű, amelyet beépített erőgép hajt. A mezőgazdasági vontató, a lassú jármű, a segédmotoros kerékpár és a villamos nem minősül gépjárműnek.
- i) **Műtét:** minden olyan – orvos által – orvosszakmai szempontok szerint Magyarország területén végzett sebészeti beavatkozás, ahol az adott kórképet nemzetközi kódrendszerrel azonosították (WHO-kód) és amelyet gyógyítás vagy kórmegállapítás céljából hajtottak végre. A műtétek kis-, közepes-, nagy- és kiemelt műtét kategóriákba besorolását jelen ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK 1-4. számú mellékletei tartalmazzák. A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának részletes listája a Biztosító honlapján tekinthető meg: <https://www.cigpannonia.hu/api/documents/download/15914560>.

Jelen ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK alkalmazása szempontjából nem minősül műtétnek:

- a degeneratív jellegű, ortopéd típusú megbetegedések kezelése;
- kizárólag a bőrt, bőr alatti kötőszövetet ért sérüléseket követő
- olyan beavatkozás, amely sebkimetszésből, bőrvarratból áll;
- a sérült fogak eltávolítása;
- a szövetelhalással nem járó és műtéti megoldást nem igénylő égési, fagyásos sérülések kezelése;
- a csőtükrözéssel végzett ízületi diagnosztikus és terápiás beavatkozás (arthroscopia), ha ezen beavatkozást műtéti feltárás nem követi.
- Jelen feltételek értelmében nem jár műtéti térítés, ha a sérülés ellátására ambuláns módon vagy egy napos kórházi tartózkodás formájában kerül sor.
- A műtéti térítés jelen feltételek 1-4. számú mellékleteiben foglalt csoportjaiba nem tartoznak bele (azaz nem minősülnek biztosítási eseménynek) azok az egyéb kórképek, melyek miatt végzett műtétek nincsenek közvetlen okozati összefüggésben az adott baleseti eseménnyel vagy betegséggel.

- j) **Munkahelyi baleset:** az a baleset, amely a munkavállalót a szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló



(sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül. A munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó közlekedés, anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkeztetés, foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri. Nem tekinthető munkavégzéssel összefüggésben bekövetkező balesetnek (munkabalesetnek) az a baleset, amely a sérültet a lakásáról (szállásáról) a munkahelyére, illetve a munkahelyéről a lakására (szállására) menet közben éri, kivéve, ha a baleset a munkáltató saját tulajdonában álló, bérleti vagy más szerződés alapján, továbbá egyéb megállapodás alapján biztosított járművel történt, de a szerződő felek külön megállapodása alapján munkahelyi baleset fogalma kiterjeszthető erre is.

3) A Szerződés alanyai

3.1) Biztosító

- a) az a jogi személy, amely a Csoportos Biztosítás tekintetében – a biztosítási díj megfizetése ellenében – a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen feltételekben meghatározott esetekben, módon és mértékben biztosítási szolgáltatást nyújt.

3.2) Szerződő

- a) A biztosítani kívánt csoportok biztonságának megóvásában érdekelt jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet (a továbbiakban: személy), aki a biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötí és a szükséges érvényes jognyilatkozatokat teszi, a biztosítással kapcsolatosan a Biztosítottaknak kötelezően tájékoztatást nyújt, és a biztosítás tartama alatt a biztosítási díjfizetést teljesíti.

3.3) Biztosított

- a) Az a természetes személy, akit a Szerződő az általa meghatározott valamely biztosított csoport tagjaként megjelöl, és aki a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor 1 éves már elmúlt, de 70. életétévét még nem töltötte be. Az adott Biztosítottra vonatkozóan belépési kor a kockázatviselés kezdetének éve és a Biztosított születési évének különbsége. A Biztosított aktuális kora a belépési korból számítható: minden biztosítási évfordulón eggyel nő.
- b) A Biztosított nem jogosult Szerződőként belépni a Szerződésbe.

3.4) Kedvezményezett

- a) Az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. Ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen, úgy
 - a Biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított,
 - a Biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított örököse.
- b) Jogi személy csak haláleseti szolgáltatás esetén jelölhető Kedvezményezettként.



- c) Több Kedvezményezett jelölése esetén a közöttük lévő részesedési arány összege 100% kell, hogy legyen.
- d) A Szerződő fél a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg, a Biztosított írásbeli hozzájárulásával.

4) Területi hatály

- a) A betegségbiztosítások kivételével – a világ összes országára kiterjed a Biztosító kockázatviselése.
- b) A betegségbiztosítások esetében a Biztosító kockázatviselése csak a Magyarországon bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki, azaz a kárrendezés során kizárólag Magyarországon kiállított, magyar nyelvű dokumentáció fogadható be ezen fedezetek esetében. A Csoportos Biztosítási Szerződés a fentiekől eltérő területi hatályt is rögzíthet.

5) A szerződés létrejötte és hatályba lépése

- a) A jelen feltételekre történő hivatkozással megkötött biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának a Biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.
- b) **A Csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jön létre. A biztosítás akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges, 60 napon belül - nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat Biztosító vagy Biztosító képviselője általi átvételétől számított 16. napon - amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges a 61. napon - jön létre az ajánlat tartalma szerint és arra a napra visszamenőleges hatállyal, amelyen a biztosítási ajánlatot a Biztosító vagy a Biztosító képviselője átvette. Ha a szerződést nem írásban kötötték meg, a Biztosító köteles a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (biztosítási kötvényt) kiállítani. Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK-től, a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEKNEK megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.**
- c) Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig – ha az ajánlat

elbírálásához egészségügyi kockázatelbírálásra van szükség, 60 napig - kötve van.

- d) Az ajánlat esetleges elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni.
- e) A biztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül a Biztosító a Szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről, kötvény kibocsátásával.
- f) Ha a fedezetet igazoló dokumentum a Szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő a dokumentum kézhezvételét követően késedelem nélkül (15 napon belül) nem kifogásolja, a szerződés a fedezetet igazoló dokumentum szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a fedezetet igazoló dokumentum átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- g) A Biztosító jogosult a szerződés hatálybalépését vagy valamely Biztosított szerződésbe való belépését megelőzően a Biztosított egészségi állapotával, szabadidős tevékenységével, foglalkozásával kapcsolatos kérdéseket feltenni, (továbbiakban: egészségi nyilatkozat), illetve orvosi vizsgálatot előírni a kockázat felmérése érdekében. A Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az Egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- h) A Biztosító az orvosi vizsgálat teljes költségét a Szerződőre terheli és a befizetett díj orvosi vizsgálat költségével csökkentett értékét fizeti vissza a Szerződő részére, ha a Szerződő az ajánlat elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat megkezdése után:
- a szerződés megkötésétől eláll,
 - az ajánlattól eltérő tartalommal létrejött szerződést a kötvény kézhezvételét követően késedelem nélkül (15 napon belül) kifogásolja, és ennek következtében a szerződés nem jön létre,
 - a Biztosító felhívása ellenére az ajánlat hiányosságait nem pótolja és a Biztosító az ajánlatot elutasítja.
- i) **Amennyiben a kockázatelbírálás ideje alatt biztosítási esemény következne be, úgy a Biztosító csak akkor élhet az elutasítás jogával, ha erre a lehetőségre az ajánlaton vagy a kiegészítő fedezet létrejötte iránti nyilatkozaton a figyelmet kifejezetten felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat vagy a kiegészítő fedezet létrejötte iránti nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.**
- j) A Biztosító jogosult az egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat eredményétől függően a biztosítási védelem kiterjesztését a csoport egyes tagjaira teljes egészében, vagy csak bizonyos szolgáltatásokra vonatkozóan korlátozni, visszautasítani, illetve a korábban megállapított díjat módosítani.
- k) **A biztosítási szerződés létrejöttéhez, módosításához, megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulása nem szükséges.**

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

- a) **A biztosítás a Szerződő által meghatározott határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.**
- b) **A felek erre irányuló külön megállapodásával**
 - **a szerződés egy évnél rövidebb, határozott tartamra is létrejöhet, vagy**
 - **a naptári évtől eltérő biztosítási év a naptári évhez igazítható.**
- c) A biztosítási évforduló minden évnek a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja. Ha egy évben nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.
- d) **A biztosítási időszak a biztosítás tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év.**
- e) **Jelen feltételek alapján létrejött egy éves határozott tartamú biztosítási szerződés további egy évvel változatlan feltételekkel automatikusan meghosszabbodik akkor, ha a tartam lejáratá előtt legkésőbb 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja írásban a másik felet arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.**

7) Kockázatviselés kezdete, a biztosított jogviszony létrejötte és megszűnése

7.1.) A Biztosító kockázatviselésének kezdete adott Biztosított vonatkozásában az alábbi időpontok alapján határozható meg:

- a) a biztosítási szerződés létrejöttékor megjelölt Biztosítottak tekintetében az ajánlat aláírását követő nap 0 órájkor, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön, és az első díjrészletet a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően a felek halasztásban állapodtak meg. A felek közös megegyezéssel ennél későbbi kockázatviselési kezdetben is megállapodhatnak. A Szerződés megkötése előtt befizetett összeget a Biztosító a kockázatviselés kezdeteként a biztosítási szerződésben megjelölt időpontig kamatmentesen kezeli, ezen összeg befizetése azonban nem jelenti a kockázatviselés kezdetét.
- b) 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 Biztosítottak után járó biztosítási díjat megfizetni.
- c) 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 hatálybá lépésénél későbbi időpont, így különösen:
 - rendezvények biztosítása esetén a rendezvényre való belépés időpontja,
 - járművek utasainak biztosítása esetén a járműre való felszállás időpontja.

7.2.) Amennyiben a Biztosítottak egyénileg csatlakoznak a Biztosításhoz, akkor az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási fedezet kiterjesztésének további feltétele a



biztosított nyilatkozat megtétele. A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosított a biztosított jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását (biztosított nyilatkozatát) írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a Biztosító kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában – eltérő megállapodás hiányában – a biztosított nyilatkozat visszavonásának napját követő hónap első napjának 0. órájától megszűnik. A biztosított nyilatkozatot – eltérő megállapodás hiányában – a Szerződő köteles megőrizni, s a Biztosító kérésére azt 2 munkanapon belül a Biztosító rendelkezésére bocsátani.

7.3.) A biztosított csoportból kilépő Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csoportból való kilépés napján 24 órakor véget ér.

8) Felek kötelezettségei

8.1) Tájékoztatási kötelezettség

A Biztosító tájékoztatási kötelezettsége a Szerződővel szemben áll fenn. A Szerződő köteles tájékoztatni az egyes Biztosítottakat a biztosítási szerződést érintő lényeges kérdésekről, a hozzá intézett jognyilatkozatokról, és a szerződésben bekövetkező változásokról.

8.2) Közlési- és változásbejelentési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.
- b) A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- c) A Szerződő és a Biztosított köteles személyi adatainak (pl. lakcímének) módosulását, továbbá a Biztosító kockázatvállalása szempontjából lényeges valamennyi körülmény változását 5 napon belül a Biztosítóhoz írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a szerződéskötéskor az ajánlatban, az egészségi nyilatkozatban és az orvosi vizsgálat során írásban kérdést tett fel.
- d) A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- e) A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő, vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- f) Ha a szerződés több személyre vonatkozik és a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben



merül fel, a Biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

g) A közlésre és a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosított(ak)at. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.

h) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 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.

i) Életbiztosítási kockázatok esetén a Biztosító a szerződéskötést vagy a további Biztosított(ak) tartam közbeni belépését követően szerez tudomást a szerződéskötéskor, illetve a további Biztosított(ak) belépésekor már fennállt lényeges körülményről, vagy azok megváltozásáról, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében, illetve a további Biztosított(ak) belépésétől számított első 5 évben gyakorolhatja.

j) Életbiztosítási kockázatok esetén a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség, egészségbiztosítási kockázatok esetén a közlésre irányuló kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a további Biztosított(ak) tartam közbeni biztosítottá válásától az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

8.3) Adatszolgáltatás

A Szerződő által a Biztosító felé küldendő, biztosítottai adatokat tartalmazó adatszolgáltatás részletes szabályait az Ajánlati dokumentáció tartalmazza. A szerződő minden évben; a biztosítási évforduló alkalmával (az évfordulót követő 15. napon belül) köteles a Biztosítónak az előző (eltelt) biztosítási év havonkénti létszámadatairól írásbeli kimutatást benyújtani, valamint a következő biztosítási évre vonatkozó díj megállapításához szükséges adatokat megadni.

8.4) Díjfizetés

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

b) A biztosítás egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű lehet.

c) A biztosítási díj az ajánlaton megjelölt gyakorisággal, az ajánlatban megjelölt devizanemben fizetendő.



- d) Egyszeri díjfizetés esetén valamennyi bejelentett Biztosítottra vonatkozóan a teljes biztosítási időszakra a biztosítási díjat egy összegben, a szerződés létrejöttekor kell megfizetni.
- e) Rendszeres díjfizetés esetén - amennyiben a Felek nem állapodtak meg halasztott díjfizetésben - az első díj az ajánlat aláírásakor esedékes. Minden további biztosítási díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre az vonatkozik.
- f) A díjfizetés kizárólag banki átutalással teljesíthető. A biztosítási díj akkor tekintendő megfizetettnek, amikor az a Biztosító erre rendszeresített számlájára, a Szerződésre egyértelműen azonosíthatóan, teljes egészében beérkezett.
- g) A Biztosítót a kockázatviselés teljes tartamára illeti meg a biztosítási díj.
- h) Az esedékes díjrészletnél magasabb összeg befizetésével többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A befizetett díjtöbbletet kamatmentes díjelőlegként kezeli a Biztosító, és a következő esedékes díjrészletbe beszámítja.
- i) Amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a Biztosító a Szerződőt - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
- j) A Biztosító a biztosítási díj részleges megfizetését nem fogadja el; a részlegesen megfizetett biztosítási díjat a Szerződő részére kamatmentesen visszautalja - a beérkezést követő 15 napon belül, és a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok szerint jár el.
- k) Biztosító jogosult a biztosított csoportok összetételének változása, vagy a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt a biztosítási díjat felülvizsgálni és a biztosítási évfordulót követő biztosítási időszakra módosítani. A Biztosító a Szerződőt díjmódosításra vonatkozó szándékáról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal értesíti.
- l) 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.
- m) 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 út 38.; továbbiakban: Bank) mindenkorai kondíciói szerint a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára kerül áthelyezésre az összeg legfeljebb az azonosítás napjától számított 3 napon belül. Az így jóváírt összeget tekinti a Biztosító befizetett díjnak. A téves befizetésekből eredő árfolyamkockázat, illetve többletköltség a



Szerződőt terheli.

n) 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.

o) Amennyiben a Szerződő nem a szerződés devizanemében kívánja fizetni a biztosítás díját, úgy az ebből származó árfolyamkockázat mérséklése érdekében a Biztosító a következők szerint állapítja meg a fizetendő díjat. Átutalás esetén a Szerződőnek az esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a Biztosító befizetés devizanemének megfelelő számlájára.

A fentiek ellenére fennmaradó árfolyamkockázat a Szerződőt terheli.

8.5) Elszámolás

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

b) Az elszámolás további, részletes szabályait az ajánlati dokumentáció tartalmazza.

c) A tartam alatti létszámváltozás miatt szükséges díjkorrekcióra és a hónapon belüli biztosítási védelemre nézve az alábbiak az irányadók:

A tartam során biztosítottá váló Biztosítottakra a biztosítási védelem a biztosított csoportba kerülést követő nap 0 órakor kezdődik.

A tartam során kilépett Biztosítottakra a biztosítási védelem a csoportból való kilépés napján 24 órakor véget ér.

A tartam alatt kilépő Biztosított után a biztosítási időszakból a kilépésig eltelt hónapokra, illetve a tartam alatt bejelentett új Biztosított után, a még hátralévő időszakra a biztosított kategóriánkénti biztosítási díjból számított éves díj időarányos részét kell megfizetni a biztosítási évfordulót követő elszámolás alkalmával. A díjfizetés szempontjából adott biztosított minden biztosítási szerződésben megkezdett hónapja egy hónapnak számít. A havonta fizetendő díj a Biztosítottak egyes kategóriájára a kategóriánként megállapított éves díj 1/12 része.

d) A Biztosító a csoport életkori összetétele évközbeni változásának az elszámolás során történő érvényesítésétől eltekint.

8.6) A Biztosító szolgáltatása

A Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződés alapján – az igényelt biztosítási fedezet(ek) tartalmától függően – a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja a Biztosítottak részére. A felek megállapodhatnak a balesetbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozó biztosítási védelemnek kifejezetten csak a munkahelyi balesetekre történő korlátozásában (munkahelyi balesetek biztosítása).

8.7) Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség



- a) A Biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- b) A Biztosított a Biztosító 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. 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.

9) A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- a) **A Biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződés feltételeinek megfelelően nyújtja.**
- b) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior (a Biztosító által előre nem látható, elháríthatatlan külső akadály) kizárja vagy korlátozza a teljesítést – az akadály elhárultáig.
- c) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy a Kedvezményezettnek személyesen vagy írásban be kell jelentenie a Biztosítónak. A szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Amennyiben e bejelentés nem történik meg, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be. A teljesítéshez szükséges dokumentumok benyújtására a Biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékot adhat.

9.1) szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges iratok

- az adott biztosítottra vonatkozó munkaviszony igazolása (munkáltatói igazolás),
- rendezvénybiztosítás esetén a belépőjegy,
- Szolgáltatási igénybejelentő;
- személyi igazolvány vagy más személyazonosításra alkalmas okmány, továbbá a lakcímkártya lakcímet igazoló oldalának másolata
- kiskorú esetén gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámhatósági betétkönyv megnyitásáról, mely tartalmazza a számlaszámot, ha szükséges
- gondnokot/gyámot kirendelő határozat másolata,
- törvényes képviselési jogról szóló nyilatkozat
- azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak,



- idegennyelvű iratok esetén, azok hiteles magyar nyelvű fordítása

9.2) Haláleseti szolgáltatási igény bejelentéséhez benyújtandó további szükséges iratok

- Halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása,
- boncolási jegyzőkönyv másolata, szükség esetén (előzményvizsgálat esetében, amennyiben a halottvizsgálati bizonyítványon jelezték, hogy készül),
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (feltéve, hogy nincs érvényes Kedvezményezett jelölés),
- Kedvezményezetti nyilatkozat,
- A Kedvezményezett lakcímkártyájának (a lakcímet igazoló oldalának) másolata,
- Azonosítási adatlap, a szolgáltatásra jogosult személyre kitöltve, ha szükséges,
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata – a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismeretének pontos időpontjával,
- a temetési költségeket igazoló számlák (ha szükséges),
- kiskorú örökös, Kedvezményezett esetén (jogerős hagyatékátadó végzés szerinti) gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámhatósági betétkönyv megnyitásáról, mely tartalmazza a számlaszámot (ha szükséges)

9.3) Balesetből eredő elhalálozás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült) /Rendőrségi eljárást lezáró határozat
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogtest másolata (ha készült),
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- amennyiben a haláleset a kórházban következett be, úgy a kórházi zárójelentés másolata,
- sport orvosi engedély,
- mérkőzési jegyzőkönyv,
- csapatjátékos igazolás,
- boncolási jegyzőkönyv

9.4) Közlekedési balesetből eredő elhalálozás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- rendőrségi helyszínen felvett hivatalos szemle jegyzőkönyvének másolata,
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata



9.5) Közlekedési baleset életbenléti szolgáltatás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata,
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata

9.6) Baleseti rokkantság esetén benyújtandó további szükséges iratok

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata

9.7) Baleset- és egészségbiztosítás életbenléti szolgáltatás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült),
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során), kórházi zárójelentések másolata, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata – a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismertének pontos időpontjával, ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata,
- igazolvány sportolói tagságról (ha szükséges),
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges),
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt (ha készült),
- keresőképtelenségi igazolás hiteles másolata (diagnózis megjelölésével; ha szükséges)
- csapatorvosi/csapatvezetői igazolás, arról hogy a játékos adott időszakban nem vett részt edzéseken és mérkőzéseken
- kiadásokat igazoló eredeti számlák (ha szükséges)

9.8) Rokkantsági szolgáltatás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata,
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során), kórházi zárójelentések másolata, mely



tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját, orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismeretének pontos időpontjával, ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata,

- baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült),
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha szükséges),
- munkáltatói igazolás munkavállalói jogviszony meglétéről (ha szükséges),
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata (ha szükséges),
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogtest (ha készült)

9.9) Kritikus betegségek esetén benyújtandó további szükséges iratok

- a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentáció a diagnózis felállításától kezdődően
- Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövetteni vizsgálat eredménye alapján történik.

Szívinfarktus elfogadásának feltételei a következők:

- a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
- az infarktusra jellemző EKG eltérések megléte;
- a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.

- Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtėti leírás vagy annak kivonata szükséges.
- Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 90 nap múlva a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.
- Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumileletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.
- Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.
- Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető körkép dokumentációja mellett.
- Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
- Az ún. „4. alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a Biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálata alapján történik.
- Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások



alapján a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

- AIDS- (HIV-) betegség elfogadása fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
- Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
- Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon, vagy intenzív osztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatot, azok eredményére is szükséges a betegség elfogadásához.

9.10) Baleseti költség térítés esetén benyújtandó további szükséges iratok

- kiadásokat igazoló számlák (ha szükséges)

9.11) A haláleseti biztosított házastársa halálának esetén benyújtandó további szükséges iratok

- Házassági anyakönyvi kivonat

9.12) Gyermekszületési támogatás benyújtandó további szükséges iratok

- Születési anyakönyvi kivonat

d) 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.

e) **A Biztosító a pénzügyi 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 elhúzódozó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.**

f) **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) összességében 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 összecszerűen nem állapította meg.

- g) A bemutatott dokumentumok mellett a Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését is kezdeményezheti. A Biztosító által kezdeményezett orvosi vizsgálatok költsége a Biztosítót terheli.
- h) **Huzamos kórházi tartózkodás vagy táppénzes állomány esetén a Biztosító 30 naponként, a szerződésben foglaltak szerint, folyamatosan teljesíthet szolgáltatást, amennyiben a 9.d) pontban foglalt feltételek teljesülnek.**
- i) **A Biztosító szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőeszközben, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik.**
- j) Jelen Szerződés egyéb rendelkezéseitől függetlenül, jelen biztosítási Szerződés abban az esetben jogosít szolgáltatásra vagy a Biztosító által teljesítendő bármely kifizetésre, amennyiben az nem ütközik az ENSZ Biztonsági Tanácsa által vagy az Európai Unió által alkalmazott gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióba, és/vagy embargós rendelkezésébe, továbbá nem ellentétes bármely más, a jelen szerződő felekre alkalmazandó nemzeti jogszabállyal. Ez a rendelkezés irányadó az Amerikai Egyesült Államok vagy egyéb ország gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióira és/vagy embargós rendelkezéseire is, amennyiben azok nem ellentétesek az Európai Unió vagy Magyarország jogszabályaival.

10) Várakozási idő

Kockázati élet és betegségbiztosítási fedezetek vonatkozásában a Biztosító várakozási időt köthet ki.

11) Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam

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

12) A Biztosító mentesülése

- a) **Életbiztosítási kockázatok esetén**

A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.

A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg.



b) Balesetbiztosítási kockázatok esetén

A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

c) Egészségbiztosítási kockázatok esetén

A Biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:

- a szerződő fél vagy a biztosított,
- velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk okozta.

A jelen pontba foglalt rendelkezést a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

d) A Biztosító mentesülése esetén a Szerződőt a biztosítási díjból semmilyen visszatérítés nem illeti meg.

13) Kockázatkizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:

a) azon biztosítási eseményekre, melyek összefüggésbe hozhatók a Biztosított által szándékosan, önmagának okozott kárral (abban az esetben sem, ha a Biztosított zavart tudatállapotban okozta azt);

b) azon biztosítási eseményekre, melyek a következőkből erednek: felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határvillongásban való részvétel;

c) azon biztosítási eseményekre, melyek atomenergia, illetve ionizáló sugárzás hatásával összefüggésbe hozhatók;

d) HIV fertőzéssel kapcsolatos eseményekre;

e) azon eseményekre, melyek a Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkohol szint) állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következnek be;

f) terhességgel vagy szüléssel kapcsolatos eseményekre (ide nem értve a gyermekvállalási támogatás egyszeri térítés fedezetét, amennyiben az az ajánlati dokumentációban rögzítésre került), valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel kapcsolatos eseményekre;

g) azon biztosítási eseményekre, melyek a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következtek be;



h) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott, továbbá ilyen személy által végzett kezelés miatt utóbb szükségessé vált orvosi vagy egyéb egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos eseményekre;

i) a következő sporttevékenységekkel összefüggő eseményekre: bűvárkodás léghajóval 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), quadozás.

j) a biztosított versenyszerűen, díjazásért űzött sporttevékenységére - függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e vagy sem - kivételt képez ez alól, ha a biztosítási szerződés rendelkezései a biztosítási védelmet ezen kockázatra is kiterjesztik;

k) azon táppénzes esetekre, amikor táppénzen való tartózkodásra közegészségi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat miatt kerül sor;

l) mandulaműtetre, és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra;

m) a biztosított fogtörésére és fogrepedésére;

n) a biztosított szívinfarktusa és agyvérzése miatti halálos balesetekre;

o) a biztosítási eseményt előidéző betegség diagnosztizálása előtt, illetve az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészekre, már meglévő egészségkárosodásokra (és az ezekkel közvetlenül összefüggésbe hozható biztosítási eseményekre).

14) Jognyilatkozatok

a) Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályosak, ha azokat írásban nyújtották be a Biztosítóhoz (1476 Budapest, Pf.: 325.). 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 (email cím:

b) Minden jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosítóhoz beérkezett.

15) A kockázatviselés megszűnése

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik:

a) amennyiben a szerződés megszűnik - a szerződés megszűnése napjának 24. órájában;



- b) amennyiben adott Biztosítottnak a Szerződésbe bevont csoportokhoz való tartozása megszűnik (többek között: kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjbavonulás miatt) - a csoporthoz való tartozás megszűnésének napjának 24. órájában;
- c) a maximális biztosított kor betöltésével - annak a naptári évnek az utolsó napjával (a nap 24. órájával), amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életévet;
- d) a Biztosított halálával - a halál időpontjával.
- e) biztosított 100%-os rokkantságát megállapító határozatban megjelölt dátummal.

16) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) olyan kétoldalú megállapodás esetén, melyben a Biztosító kockázatviselésének megszűnése meghatározásra került és a meghosszabbításról külön megállapodás nem született, a kockázatviselés megszűnése napjának 24. órájával;
- b) a Szerződő jogutód nélküli megszűnésével - a megszűnés napjának 24. órájával;
- c) díjnemfizetés miatt a 8.4. i) pontban foglaltak szerint;
- d) amennyiben a Biztosítottak száma nullára csökken - az utolsó Biztosított kilépése napján 24 órakor;
- e) rendes felmondással, ha Szerződő vagy a Biztosító a határozatlan tartamú szerződést legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30 nappal írásban felmondja - a biztosítási időszak utolsó napjának 24. órájával;
- f) a Szerződő és a Biztosító közös megegyezésével - a közös megegyezésben jelölt napon, 24 órakor.

17) Egyéb rendelkezések

- a) A Szerződő a biztosítás tartalmáról, a hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a hatálybalépést megelőzően 15 nappal köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a helyben, szokásos módon.
- b) **A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 5 év.**
- c) **A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország joga.**
- d) A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.
- e) 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.
- f) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő

megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette; megkísérelte kézbesíteni, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelten írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.

- g) **A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről köteles évente jelentést közzétenni. A biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentést a honlapján (www.cigpannonia.hu) teszi közzé.**

18) Adatkezelési tájékoztató

Az adatvédelemhez kapcsolódó rendelkezések az Ügyféltájékoztató részét képezik. A mindig aktuális adatkezelési tájékoztató elérhető a Biztosító honlapján (<https://www.cigpannonia.hu/adatvedelem>).

19) Panaszokkal kapcsolatos tájékoztató

A Biztosító panaszkezelésére vonatkozó részletes rendelkezések az Ügyféltájékoztatóban találhatóak.



20) Mellékletek

1. számú melléklet: Kis műtétek

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

1. Általános sebészet körében végzett beavatkozások

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

2. Traumatológia és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

- Törés miatti extensio
- Osteosyntesis utáni fémanyag eltávolítás
- Törések percutan dróttűzése
- Exostosisok, panaszokat okozó kisebb csontvégek levésése
- Nyílt törés ellátása – csonton végzett beavatkozás nélkül (elsősorban lágyrész)
- Ízületi tok megnyitása, csövezése
- Kisízületek elmerevítése csavarozással, tűzéssel
- Kisízület krónikus gyulladása, vagy egyéb krónikus elváltozása miatti feltárása
- Tendolysis kézen
- Sajkacsont törés műtéti kezelése
- Mellkas becsövezése



- Heveny módon bekövetkezett, diagnosztikus adatokkal igazolt éskórismézett ízületi szalagszakadások, ínsérülések, mely elváltozások gyógyítása érdekében nyílt, feltárással járó műtét végzésére kerül sor
- Azok a csont törésével járó esetek, ahol a csont egyesítése feltárással dróttűzés formájában történik meg
- A kéz és láb ujjai hosszának felét nem meghaladó csonkolások

3. Hasi sebészet körében végzett beavatkozások

- Laparoscopia, esetleg kisebb beavatkozásokkal kombinálva
- Nyelőcsővérzés nem radikális ellátása
- Polypus endoszkópos eltávolítása gyomor, nyombél, vékonybél területén (1 cm nagyságig, szövődmenytől mentesen)
- Végbél körüli feltárással
- Egyes szervek sclerotizációja kémiai anyagokkal

4. Urológiai sebészet körében végzett beavatkozások

- Nephrostomiás drain, illetve annak cseréje
- Ureter katéter felvezetése és az ezzel kapcsolatos beavatkozások
- Prostatán alkalmazott nem radikális beavatkozások
- Scrotumon, penisen nem a merevedést vagy a vizelet elfolyását befolyásoló beavatkozások
- Here és hólyag biopsia
- Katéterezés vizeletelakadás miatt és hólyag szúrásapólasa

5. Orr-fül-gégészet körében végzett beavatkozások

- Garat kisebb műtétei (pl. biopsia)
- Légcső sürgős megnyitására használt egyszerű beavatkozások
- Külső fül nagy csonkolással járó sérüléseinek ellátása
- Külső fül indokolt rekonstrukciós beavatkozásai
- Dobhártya akut műtétei
- Orrsövény műtétei

6. Szemészet körében végzett beavatkozások

- A szem nem törő közegein történő olyan beavatkozások, melyek esetleges szövődmenye a látást nem befolyásolja
- Idegentest eltávolítása szemgolyóból (nem áthatoló, nem a törő közeget érinti)



7. Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások
 - Pericardiocentesis
 - Nagy erek részleges eltávolítása, sérülésük ellátása
 - Verőér-visszér anastomosisok
 - Egyszerű varicectomiák
 - Pacemaker elektróda-igazítás, telepcsere
 - Felületes nyirokérrendszer részleges eltávolítása
8. Nőgyógyászat körében végzett beavatkozások
 - Méhnyak, illetve méhszáj nem tumoros elváltozásai miatt végzett beavatkozások
 - Méh nem daganatos betegségeinek, illetve méheltávolítást nem igénylő betegségek (terhesség, illetve annak komplikációi kizárva) műtétei
 - Hüvely jóindulatú elváltozásainak műtétei
 - Gát és a külső nemi szervek jóindulatú elváltozásainak műtétei
9. Idegsebészet körében végzett beavatkozások
 - Különböző nagyobb idegek eltávolítása vagy felszabadítása a lenövésektől
 - Különböző nagyobb idegek jóindulatú daganatainak ellátása műtéttel
 - Különböző típusú idegvarratok
10. Szájsebészet körében végzett beavatkozások
 - Nyelv, nyálmirigyek, szájüreg kisebb műtétei
11. Onkológiai beavatkozások
 - Sugárzó anyagok szövetbe, érbe vagy testüregekbe juttatása



2. számú melléklet: Közepes műtétek

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

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



- Egyensúly-érzékelő szerv eltávolítása
- Orr részleges vagy teljes eltávolítása, illetve korrekciója
- Orrjárat elzáródása miatt végzett műtétek
- Orrmelléküregek tartós feltárása, illetve részleges vagy teljesszanálása
- Garat plasztikai és tágitó műtétei
- Légcsömetszés, illetve ennek zárása
- Hangréstágító műtétek
- Külső gégefeltárások, illetve a gégén végzett műtétek
- Légcsőtágítás, fixálás

5. Mellkas-sebészeti műtétek

- Tüdőcsúcs-eltávolítás
- Tüdőmegnyitás, elvarrás
- Tüdőüreg kiürítése, zárása
- Rekeszideg átvágása
- Tüdőleválasztás, összenövések oldása
- Mellkas megnyitása
- Mellüregi kóros tartalom kiürítése
- Gátor megnyitása, tükrözése
- Mellkasfal részleges eltávolítása
- Mellkasfal feltárása
- Mellhártya részleges eltávolítása
- Mellhártya rekonstrukciója
- Műtétek a rekeszizmon (kivétel: helyreállítás)

6. Ér- és szívsebészet körében végzett műtéti beavatkozások

- Szívkatéterezés
- Szívburok megnyitása, folyadék eltávolítása
- Szívritmusszabályozó beültetése, illetve cseréje
- Szívkoszorúér ágak közti kóros összeköttetések megszüntetése
- Nyitott szívmasszázs
- Központi nagyereken végzett diagnosztikus és terápiás eljárások (érfestések; gyógyszeres, diagnosztikus és műtéti eljárások az ér feltárása nélkül)
- Végtagi verőerekben elakadt vérrög eltávolítása
- Közepesen nagy verőereken kialakult helyi rögösödés eltávolítása
- Végtagi verőerek kóros szakaszának kimetszései, illetve annak helyreállításai
- Alsó végtag tágult visszereinek komplex műtétei
- Végtagok verőereinek elzáródását megkerülő műtétek



- Közepes és nagy erek sebészeti elzárása
- Érvarratok, foltplasztikák
- Ascites levezetése a visszeres rendszer felé művi összeköttetés révén
- Nyirokereken végzett műtétek

7. Általános sebészet körében végzett műtétek

- Tükrözések terápias beavatkozással együtt
- Egyes testrészekben történő műtét közbeni mintavétel (biopsia)
- Lépen végzett műtétek (kivétel: eltávolítás)
- Nyelőcső nyaki szakaszán, gyomor-bélrendszer elemein végzett megnyitások
- Nyelőcső szűkület tágítása, áthidalása
- Nyelőcső tágult visszereinek szklerotizációja
- Gyomor-bélrendszer megnyitásainak elvarrásai (kivétel: végbél)
- Nyelőcsövön, a gyomor-bélrendszeren végzett átmeneti vagy végleges szájadék képzése
- Nyelőcső, gyomor-bélrendszer kisebb elváltozásainak kimetszése műtéti feltárással
- Bolygóideg főtörzsének mellkasi vagy hasi átmetszése
- Vékonybél megkerülő összeköttetése
- Béltraktus betüremkedéseinek, illetve megcsavarodásainak megszüntetése
- Összenövések oldása a hasüregben
- Vakbélgyulladás miatt végzett műtétek
- Máj, májtályog megnyitása
- Epehólyagon végzett műtétek
- Közös epevezető megnyitása
- Tükrözés diagnosztikus vagy terápias céllal a közös epevezetőn, illetve a hasnyálmirigy vezetéken
- Hasnyálmirigy cysta összekötése a hasfallal, illetve a gyomor-bélrendszerrel
- Hasfali, hasüregi, lágyék- és combsérvek műtétei
- Hasfal megnyitása (diagnosztikus vagy terápias céllal)
- Hasüregi szervek rögzítése
- Hashártya, nagycseplesz rezekciója

8. Urológiai beavatkozások

- Vese, vesemedence, húgyvezeték bemetszése, szájadék képzései, illetve kóros elváltozásainak megnyitása
- Vese rögzítése, percutan vesetükrözés, kőeltávolítás, illetve egyéb műtétek
- Húgyvezeték egyes részeinek részleges eltávolítása, az eltávolított rész



helyreállítása

- Húgyvezeték felszabadítása
- Húgyhólyag sipolyok zárása
- Húgycsőön keresztül végzett húgyhólyag műtétek
- Húgyhólyag elvarrása
- Húgycső megnyitása, csonkolása, húgycsőcsonkok egyesítése
- Húgycső plasztikák, újraképzések
- Húgycső szűkületek műtétei
- Prostatata húgycsőön keresztül végzett műtétei
- Herevíz-sérv, herevisszér-sérv műtétei (hydrocele, varicocele műtétek)
- Here, mellékhere egyéb műtétei
- Ondóvezeték műtétei
- Hímvesző műtétei (kivétel: plasztika)

9. Nőgyógyászati jellegű műtétek

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

10. Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

- Törések műtéti egyesítése
- Arckoponya csontjainak részleges eltávolítása, illetve plasztikája
- Nyaki borda eltávolítása
- I. borda eltávolítása
- Elhalt csont rész eltávolítása
- Osteotomiák
- Ízületek tükrözése diagnosztikus és terápiás céllal
- Ízületi savós hártya eltávolítása
- Csontdaganatok nem radikális eltávolítása (kisízületek kivételével)
- Csontvégek eltávolítása
- Kisebb csontok teljes eltávolítása
- Végtaghosszabbítás és korrekció



- Végtagrövidítés
- Gerincoszlop különböző típusú elmerevítése
- Protézis eltávolítás (kivétel: térd, csípő, váll, könyök)
- Ízületi plasztikák (kivétel: térd-, csípő-, váll-, könyökprotézis)
- Csontrövidítések
- Ínhüvely plasztikák
- Dupuytren-kontraktúra műtéte
- Ínrekonstrukciós műtétek
- Baker-cysta műtéte
- Lágyrész meszesedések, daganatok kiirtása
- Izomkiirtás, felszabadítás, átültetés
- Bőnye-plasztika, átültetés
- Láb amputációi, ismételt amputációi, másodlagos csonkzárás, csonkkorrekció
- Nagy csöves csontok zárt ízületbe hatoló, és ízületen kívüli töréseinek helyretétele és stabilizációja céljából végzett nyílt feltárással járó műtétek különböző formái (váll-, könyök-, csukló-, csípő-, térd-, boka ízületek, felkar-, alkar-, comb-, lábszár csontjai), e körbe tartozik az a műtéti megoldás, amikor a jelölt cél elérésének érdekében külső rögzítő műtéti behelyezésére kerül sor
- Csonttöréssel nem járó kiterjedt roncsolással járó lágyrész sérülések, melyeknek gyógyítása műtéti sorozatot, bőrpótló eljárások alkalmazását indokolják
- Kéz és láb ujjá(k) egész hosszát érintő csonkolások
- II-III fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 10-25 %-át éria károsodás
- Több ín vagy izom károsodása miatt végzett műtéti megoldások

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

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

3. számú melléklet: Nagy műtétek

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

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



5. Mellkas-sebészeti műtétek

- Légcső feltárása diagnosztikus célból
- Légcső csonkolása, újraegyesítése, helyreállítása
- Művi gégeképzés
- Hörgők lekötése, csonkolása, helyreállítása
- Tüdőlebeny, illetve lebenyek eltávolítása
- Fél tüdő eltávolítás
- Mellkas plasztika
- Hörgősipoly zárása
- Rekeszizomsérv műtéte

6. Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások

- Műtétek a szívbillentyűkön
- Műbillentyű beültetés
- Műtétek a fő ütőéren (aorta)
- Műtétek a szívüreget elválasztó sövényeken
- Műtétek a tüdő fő ütőerén
- Vérrög eltávolítása valamelyik szívüregből
- Vérrög eltávolítása a koszorúerekből
- Megkerülő összeköttetés (by-pass) a koszorúereken
- Koszorúsér szűkület tágítása
- Koszorúsér megnyitás
- Szívburok részleges vagy teljes eltávolítása
- Daganat eltávolítása a szívből
- Szívizom tágulatának (aneurysma) csonkolása
- Szívátültetés
- Vérrög eltávolítása a nyak, törzs, has régió központi verőereiből
- Nyak, törzs, has régió központi verőereinek plasztikája
- Megkerülő összeköttetések (by-pass) műtétek a nagyereken
- Porto-cavalis összeköttetések
- Agyi verőér tágulatának lekötése, klippelése
- Érpasztikák szűkület miatt, feltárás nélkül

7. Általános sebészet körében végzett műtétek

- Csontvelő átültetés
- Lépetávolítás
- Nyelőcső mellkasi, illetve hasi szakaszának megnyitása, elvarrása
- Nyelőcső kitüremkedéseinek (diverticulum) ellátása



- Nyelőcső részleges, illetve teljes kiirtása, a folyamatosság helyreállítása
 - Nyelőcső teljes kiirtása részleges gyomorcsonkolással
 - Nyelőcső-gyomor átmenet plasztikai műtétei
 - Nyelőcső visszer lekötése
 - Gyomor rezekciója (teljes vagy részleges)
 - Bolygóideg ágainak átvágása
 - Vékonybél, vastagbél rezekció
 - Nyelőcsövön, illetve a béltraktuson képzett szájadékok zárása
 - Végbél részleges vagy teljes kiirtása
 - Végbél záróizomzatának helyreállítása
 - Máj részleges csonkolásai
 - Májátültetés
 - Májvarrat, rekonstrukció
 - Máj és a bélrendszer között képzett összeköttetések
 - Közös epevezető varrata
 - Kehr-cső behelyezése a közös epevezetőbe vagy a májvezetékbe
 - Közös epevezető, illetve a májvezeték helyreállítása

 - Oddi-záróizom plasztika
 - Vater-papilla eltávolítása
 - Hasnyálmirigy műtétei
 - Rekeszsérv miatt végzett rekonstrukciók
 - Radikális mellműtétek
8. Urológiai beavatkozások
- Vese csonkolása
 - Egy-, illetve kétoldali veseeltávolítás
 - Vese átültetés
 - Patkóvese szétválasztása
 - Húgyvezeték és a béltraktus közötti összeköttetés létesítése
 - Húgyvezeték pótlása, húgyvezeték plasztika
 - Húgyhólyag képzés, plasztika
 - Húgyhólyag sipoly zárása
 - Húgyhólyagon keresztül történő prosztata-műtét
 - Hímvesző plasztika
9. Nőgyógyászati jellegű műtétek
- Méhkürt plasztikák



- Radikális méheltávolítás
- Hüvelyképzés

10. Traumatológiai és ortopéd-sébeszet körében végzett beavatkozások

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



4. számú melléklet: Kiemelt műtétek

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

1. Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

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

Eljárás	Gazdasági társaság / Intézmény megnevezése	Adószám	Főtevékenység	Kockázatviselés kezdete	BIZTOSÍTOTTI CSOPORTOK	A csoport	B csoport	C csoport	D csoport	E csoport
2	Fővárosi Vízművek Zrt.	10898824-2-44	3600 Víztermelés, -kezelés, -ellátás	2025.01.01	CSOPORT DEFINÍCIÓ (A CSOPORTOKBA TARTOZÓ MUNKAKÖRÖK MEGNEVEZÉSE)	Egyéb, szellemi, fizikai állomány	Csoportvezető		Középvezető	Felsővezető
					LÉTSZÁM CSOPORTONKÉNT SZELLEMI DOLGOZÓK (fő)	592 fő	99 fő	0 fő	43 fő	5 fő
					LÉTSZÁM CSOPORTONKÉNT FIZIKAI DOLGOZÓK (fő)	633 fő	32 fő	0 fő	0 fő	0 fő
					LÉTSZÁM CSOPORTONKÉNT ÖSSZESEN (fő)	1225 fő	131 fő	0 fő	43 fő	5 fő
					LÉTSZÁM MINDÖSSZESEN (fő)			1404 fő		

Nyertes ajánlattevő nyilatkozata a Kbt. 138. § (3) bekezdése értelmében**A szerződéskötéskor benyújtandó nyilatkozat¹**

Alulírott Dr. Fedák István János - vezérigazgató és Kóka Antal - vezérigazgató-helyettes, mint a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. „B” épület) cégjegyzésre jogosult képviselői felelősségünk tudatában nyilatkozunk, hogy az Univerzál Beszerző Kft. (székhely: 1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.) által „II. KGFB-CASCO-CSÉB biztosítás beszerzés 2025-2026” tárgyban indított közbeszerzési szerződés teljesítéséhez²:

a) **alvállalkozót nem veszek igénybe**

b) az alábbi táblázatban megjelölt alvállalkozókat veszem igénybe³.

Név:	Adószám:	Elérhetőség (székhely/ lakóhely, e-mail, telefonszám):	Képviselőre jogosult személy (név, beosztás):	A közbeszerzésnek/ szerződésnek az a része, amelynek teljesítéséhez az alvállalkozót az ajánlattevő igénybe kívánja venni:	Az alvállalkozó i teljesítés várható százalékos aránya:	Az alvállalkozót illető ellenszolgáltatás alvállalkozói szerződésben meghatározott nettó értéke:	Az alvállalkozói szerződés megtötésének időpontja:

¹ A Vállalkozó tudomásul veszi, hogy a Kbt. 43.§ (2) bekezdés ea) és eb) pontjai alapján az EKR-ben a Megrendelő köteles közzétenni az alvállalkozó megnevezését, adószámát, a közbeszerzésnek azt a részét, amelynek teljesítéséhez az alvállalkozói Vállalkozó igénybe kívánja venni, továbbá az alvállalkozói teljesítés várható százalékos arányát a teljesítésen belül, valamint az ellenszolgáltatás alvállalkozói szerződésben meghatározott értékét, ezért a Vállalkozó az alvállalkozók bejelentésével egy időben köteles ezen adatokat is megadni. Vállalkozó emellett köteles az alvállalkozói teljesítést követően nyilatkozni az alvállalkozói teljesítés tényleges százalékos arányáról, az ellenszolgáltatás teljesítésének időpontjáról és a kifizetett ellenszolgáltatás értékéről. Ezen adatok adattartalmáért a Vállalkozó felel.

² Szerződéskötéskor a megfelelő válasz aláhúzással jelölendő

³ b) pont aláhúzása esetén a táblázat kitöltése kötelező

4. számú melléklet

A szerződés teljesítésében résztvevő alvállalkozók és egyéb közreműködők listája

Kötelezettséget vállalok arra, hogy amennyiben a szerződés teljesítésének időtartama alatt az alvállalkozó(k) személyében, illetve a táblázatba foglalt adataiban változás állna be, **azt haladéktalanul, de legkésőbb a változás bekövetkezésétől számított 3 napon belül bejelentem ajánlatkérő részére.**

Tudomásul veszem, hogy a bejelentés elmaradásából vagy késedelmes teljesítéséből eredő valamennyi jogkövetkezmény a nyertes ajánlattevőt terheli.

Budapest 2024.december 30.

cégszerű aláírás

Tárgy: kárbejelentési kötelezettség teljesítése KGFB-CASCO-CSEB fedezetek tekintetében

Tisztelt Megbízónk!

Jelen tájékoztató anyagunkban összefoglaltuk a kárbejelentési kötelezettségre vonatkozó fontosabb tudnivalókat. Kérjük, hogy figyelmesen tekintse át a dokumentumban foglaltakat és annak megfelelően szíveskedjenek eljárni!

Egy biztosítási szerződés megkötésekor a Felek számos kötelezettséget vállalnak a szerződés időtartama alatt. Az egyik ilyen a **kárbejelentési kötelezettség**, melynek lényege, hogy a biztosított a szerződésben meghatározott határidőn belül köteles értesíteni a biztosítót a bekövetkezett kárról. A biztosítási szerződési feltételek kötelező jelleggel tartalmazzák – az adott módozat vonatkozásában (KGFB, CASCO, CSEB, attól függően, hogy társaságuk ezek közül melyikkel rendelkezik) - a biztosítási esemény(ek) bejelentésének módját és határidejét.

A biztosítás főszabályként a **szerződés hatálya alatt bekövetkezett és bejelentett** biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító **szolgáltatási kötelezettsége nem áll be**, ha biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a **szerződésben megállapított bejelentési határidőn belül a biztosítónak nem jelenti be**, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy az adott információ tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetatlenné válik.

A fentiek figyelembevételével különösen fontos abban az esetben, ha a jelenleg hatályos biztosítási szerződésük megújítását követően a **fedezet -** következő biztosítási időszakra -, **egy másik biztosító társasághoz** kerül elhelyezésre. A lefolytatott közös **KGFB-CASCO-CSEB közbeszerzési eljárás eredményeként** a KGFB (Generali) és CSEB (CIG) fedezetet továbbra is ugyanaz a biztosító fogja biztosítani, azonban a **CASCO esetén biztosítóváltás lesz, az Uniqa helyett az Alfa Vienna nyújtja 2025.01.01-től a fedezetet.**

Annak érdekében, hogy a meglévő szerződés hatálya alatt bekövetkezett kár a jelenlegi biztosítási szerződésük alapján térülni tudjon, kérjük, hogy a **tudomásukra jutott biztosítási esemény(ek)et, illetve az esetleges kárhoz vezető körülmény(ek)et** haladéktalanul, de legkésőbb a biztosítási szerződési feltételekben rögzített határidőn belül **még a jelenlegi szerződésük hatálya alatt bejelenteni** szíveskedjenek felénk és majd általunk a biztosító részére. **A CASCO-nál a biztosítóváltás miatt a még idén bekövetkezett károkat LEGKÉSŐBB 2024.12.31-ig az Uniqa felé, míg a jövőre, 2025.01.01-et követő károkat már az Alfa Vienna felé szükséges bejelenteni! A KGFB és CSEB esetében a bejelentések továbbra is ugyanazon biztosító felé kell, hogy megtörténjenek, de a 2024.12.31-i hatállyal lejáró jelenlegi szerződések miatt ezek kapcsán is fontos, hogy a 2024-es károk még idén bejelentésre kerüljenek.**

Fentiekre való figyelemmel kérjük, hogy a kárbejelentési kötelezettségből adódóan - a biztosítási szerződési feltételekben leírtak alapján – a károk időben történő bejelentéséről gondoskodni szíveskedjenek annak érdekében, hogy a késedelmes kárbejelentés ne járjon a biztosító mentesülésével.

Kérdés esetén állunk rendelkezésükre!

CSOPORTOS ÉLET- ÉS BALESETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS

amely létrejött a

1, név:	
Szerződő:	Fővárosi Vízművek Zrt.
Székhely:	1138 Budapest, Váci út 182.
Cégjegyzékszám:	01 10 042451
Adószám:	10898824-2-44
Végzett főtevékenység:	3600 Víztermelés, -kezelés, -ellátás
Képviseli:	Csörnyei Géza Zoltán és Debreczeny Imre László

mint Szerződő (a továbbiakban: „Szerződő”), és

2, név:	
Biztosító:	CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.
Székhely:	1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B. ép.
Cégjegyzékszám:	01 10 045857
Adószám:	14153730-4-44
Képviseli:	Dr. Fedák István János és Kóka Antal

mint Biztosító (a továbbiakban: „Biztosító”),

Szerződő és Biztosító - továbbiakban együtt: **Felek** - között az alábbi feltételek szerint:

I. Preambulum

Szerződő, az Univerzál Beszerző Kft. által a közbeszerzésekről szóló 2015. évi CXLI. törvény (a továbbiakban: Kbt.) 81.§-a alapján lefolytatott „II. KGFB-CASCO-CSÉB biztosítás beszerzés 2025-2026” tárgyú közbeszerzési eljárásban (a továbbiakban: Közbeszerzési eljárás) közös ajánlatkérőként vett részt. .

A Közbeszerzési eljárás 3. részének „Csoportos élet- és balesetbiztosítás” nyertese a Biztosító lett. Felek megállapodnak, hogy Biztosítónak a jelen szerződés tárgyára vonatkozó és a Biztosító által az ajánlatában kifejezetten hivatkozott biztosítási feltételeit alkalmazzák az alábbi hierarchia szerinti sorrendben:

1. a közbeszerzési eljárás dokumentumai (eljárást megindító felhívás, közbeszerzési dokumentumok, továbbá ezek részét képező iratok, ártáblázat, a kiegészítő tájékoztatás dokumentuma(i), az eljárás során készült valamennyi jegyzőkönyv, nyilatkozat stb.);
2. a Szerződő Felek között létrejött szerződés, Műszaki Specifikáció, adatközlő;
3. a Biztosító ajánlata, illetve az abban kifejezetten hivatkozott szerződési feltételei (ÁSZF, KSZF), mely tartalmazza a Kbt. 131.§ (2) bekezdése alapján az eljárás során alkalmazott értékelési szempontokra tekintettel – a nyertes ajánlat azon elemeit, amelyek értékelésre kerültek.

Az eljárás dokumentumaiban foglalt jogi, szavatossági, mennyiségi és minőségi feltételek a Biztosítóra nézve kötelező érvényűek a szerződés időtartama alatt, illetve a jelen szerződés keretében rendezésre kerülő valamennyi káresemény lezárásának dátumáig. A fenti dokumentumok esetleges eltérő rendelkezése alapján a Felek a magasabb hierarchia szerinti szövegezést tekintik elfogadottnak. A fentebb meghatározottak szerinti 1. és a 2. pontban nevesített dokumentumokban kifejezetten nem szabályozott kérdésekben a Biztosító 3. pontban megadott dokumentumaiban foglaltak az irányadók. Amennyiben a Biztosító a Szerződésnek a saját rendszerében történő rögzítést követően kötvényt állít ki, úgy a kötvényen záradékolnia szükséges, hogy „Jelen szerződés a „II. KGFB-CASCO-CSÉB biztosítás beszerzés 2025-2026” tárgyban lefolytatott közbeszerzési eljárás eredményeként jött létre. A biztosítási fedezetre elsődlegesen a közbeszerzési eljárás dokumentumaiban és a szerződő Felek között létrejött Szerződésben és Műszaki specifikációban foglalt előírások az irányadók. Jelen biztosítási kötvény esetlegesen eltérő rendelkezései esetén Felek a közbeszerzési eljárás dokumentumait, illetve a szerződő Felek között létrejött Szerződést és Műszaki specifikációt tekintik elfogadottnak.”

Jelen szerződés alapján az alábbiakban részletezett feltételek szerint, valamint a jelen szerződés elválaszthatatlan mellékleteiben foglaltak tartalmának megfelelően a Biztosító fedezetet nyújt a Szerződő érdekeltségi körébe tartozó munkavállalók, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében foglalkoztatottak, illetve az egyéb természetes személyek csoportos élet- és balesetbiztosítása vonatkozásában.

II. A szerződés tárgya

1. A Biztosító vállalja, hogy a jelen Szerződés hatálya alatt a Szerződő által feljogosított, a jelen Szerződés szerinti szolgáltatást igénybe vevő jogosultak (továbbiakban: biztosítottak) részére a szerződésben és annak mellékleteiben foglaltak szerinti Csoportos élet- és balesetbiztosítási szolgáltatás nyújtását. Felek rögzítik, hogy a biztosítottak nyitó létszáma 1404 fő¹ - amelytől a Szerződő a szerződés teljes időtartama alatt eltérhet: 30%-kal (mennyiségi eltérés).

A 30%-os mennyiségi eltérésre vonatkozó szabályok:

A 30%-os mennyiségi eltérés meghatározás: a Szerződő által, az Adatközlő táblázatban megadott teljes nyitó létszám adatnak, valamint a 30%-os rátának a szorzata, ahol az eredményt minden esetben felfelé (egész számra) kell kerekíteni. **A mennyiségi eltérés keletkezésének oka:** a szerződés hatálya alatt a Szerződő részéről felmerülő, a szerződés kockázatviselési kezdete utáni biztosítási igény megváltozásának lefedése. **A mennyiségi eltérés kezelése és díjazása:** Felek éves elszámolásos rendszerben állapodnak meg. Az elszámolás részletes szabályait az 1. számú mellékletét képező Műszaki Specifikáció tartalmazza.

Szerződő Felek a mennyiségi eltérést olyan minden ajánlattevő számára előre megismerhető és egyértelmű módosításnak tekintik a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontja alapján, amely nem változtatja meg a szerződés általános jellegét.

¹ A Szerződőre vonatkozó adatközlő táblázatban meghatározott összesen létszám szerint szükséges kitölteni.

2. A Biztosító azokra a kockázati körökre, melyek a Műszaki Specifikáció megfogalmazása(i) alapján Szerződő és/vagy a Biztosítottak vonatkozásában megjelenik - a jelen szerződés alapján határozott időtartamra – a Műszaki Specifikációban foglaltaknak megfelelő biztosítási fedezetet vállal.
3. Szerződő vállalja, hogy a biztosítási díjat a jelen szerződésben foglaltak szerint megfizeti Biztosító részére.

III. A szerződés hatálya

1. Jelen szerződés hatályba lépésének időpontja 2025.01.01 00.00 perce. A jelen szerződés hatálya alá tartozó biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete az adatközlő táblázatban megjelöltek szerint, 2025.01.01. 00.00 perce, de legkorábban az adott Szerződőre vonatkozó előzményszerződés megszűnését követő nap 00.00 perce. Szerződő az előzményszerződés megszűnésének hatályáról annak bekövetkezését megelőzően írásban tájékoztatja a Biztosítót.
2. Jelen szerződés lejárata: a szerződés határozott időtartamra jön létre. A határozott időtartam lejáratának időpontja: a hatálybalépést követő 24. hónap utolsó napjának 24:00 perce.
3. Szerződő Felek megállapodnak, hogy a fent hivatkozott közbeszerzési eljárás eredményeként létrejövő szerződés(ek) technikai okokból Szerződőnként – mint közös ajánlatkérőnként – külön-külön íven kerülnek megszővegezésre és aláírásra, mely nem érinti azt a tényt, hogy az eljárás eredményeként létrejövő szerződés a Szerződő Felek közötti egyetlen érvényes és hatályos szerződés, mely jogi szempontból egy egységet képez.
4. A csoportos élet- és balesetbiztosítási szerződés évfordulója: a hatálybalépéstől számított minden egész év azonos napja. A jelen szerződés tárgyát képező biztosítási szolgáltatások vonatkozásában a biztosítottakra vonatkozóan a fedezetbe vonásra irányadó szabályokat, valamint a fedezetből történő törlést a 1. számú mellékletét képező Műszaki Specifikáció szabályozza.

IV. A biztosítási díj

1. A biztosítási szerződés fizetési gyakorisága: éves². Az induló, nyitó állomány szerinti éves díj a jelen szerződés 2. számú mellékletét képező Adatközlőben és a 3. számú mellékletét képező Ártáblázatában foglalt mennyiségek és egységárak alapján: 15 509 517 Ft/év³. Az induló gyakoriság szerinti díj összesen: 15 509 517 Ft/év. Szerződő a díjfizetésre a fentiek figyelembevételével időarányosan köteles.
2. Felek megállapodnak abban, hogy a Biztosító a jelen szerződésben meghatározott díjtételeit / egységárait a jelen szerződés hatálya alatt nem módosítja, az alábbiakban rögzített kivétellel: Felek a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontjában foglaltak alapján rögzítik, hogy a Biztosító egyoldalú jognyilatkozatával az évfordulóra egy alkalommal jogosult – a szolgáltatási limitek változatlansága mellett - a következő biztosítási év (2026. január 1. napjától) tekintetében értékkövetés alkalmazására, amennyiben ennek alkalmazni kívánt mértékét az évfordulót

² A Szerződőre vonatkozó Adatközlő táblázatban meghatározott fizetési gyakoriság szerint szükséges kitölteni.

³ A Szerződőre vonatkozó adatközlő táblázat és a Biztosító Szerződőre vonatkozó megajánlása alapján szükséges kitölteni.

megelőző 60. napig Szerződő / Biztosított részére írásban jelezte. Az értékkövetés maximális mértéke a következő biztosítási évre vonatkozó díj tekintetében, a KSH által a 2024. évre közzétett, a „1.1.1.2. A fogyasztóiár-index fogyasztási főcsoportok szerint, a nyugdíjas fogyasztóiár-index és a maginfláció” tárgyú táblában a „Összesen” alcsoport (oszlop) szerinti általános fogyasztói árindex. Szerződő felek rögzítik, hogy az előbbiek szerinti határidő jogvesztő, tehát, amennyiben a Biztosító ezen szándékát a fenti határidőig nem jelezte, illetve korábban nem élt évfordulóra a rendes felmondás jogával, akkor az értékkövetés alkalmazására további lehetősége nincs.

3. A biztosítói díjképzés részletes szabályait a jelen szerződés elválaszthatatlan 1. számú mellékletét képező Műszaki Specifikáció szabályozza.
4. Az első esedékes és a további gyakoriság szerinti esedékes díjrészlet megfizetésére a mindenkori állomány vonatkozásában a Műszaki Specifikációban foglaltak az irányadók.
5. A Felek tudomásul veszik, hogy a szerződés hatálya alá bekerülő biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjszámítása éves elszámolás alapú. Az elszámolás részletes szabályait az 1. számú mellékletét képező Műszaki Specifikáció tartalmazza.
6. Az induló állományon túl, a biztosítottak létszám változásából fakadó díjváltozása ügyében a Felek a Műszaki Specifikációban leírtak szerint, évfordulót követően számolnak el egymással.
7. Állománycsökkenés esetén a Biztosítottak létszám csökkenéséből fakadó meg nem szolgáltat díjjal a Műszaki Specifikációban megfogalmazottak alapján számol el a Biztosító.
8. Szerződő Felek az állományváltozás miatti díjváltozásokat olyan minden ajánlattevő számára előre megismerhető és egyértelmű módosításnak tekintik a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontja alapján, amely nem változtatja meg a szerződés általános jellegét.
9. Felek megállapodnak abban, hogy a Biztosító a jelen szerződésben a számlakiállítás feltételeként foglaltak maradéktalan teljesítését követően jogosult számláját⁴ benyújtani. Biztosító tudomásul veszi, hogy a számlát a mindenkori adózási, illetve számviteli jogszabályoknak, továbbá a Szerződő által meghatározott egyéb tartalmi és formai követelményeknek megfelelően köteles kiállítani. Biztosító a számlán Szerződként a következő megnevezést köteles használni:

Szerződő neve:	Fővárosi Vízművek Zrt.
Szerződő címe:	1138 Budapest, Váci út 182.
Adószáma:	10898824-2-44

10. A Biztosító az aktuális biztosítási díjról kiállított számlát (amely alatt minden esetben számviteli bizonylat is értendő) minden esetben a Műszaki Specifikációban megadott kommunikációs út meghatározásai alapján küldi meg.
11. A Biztosító minden számlán köteles feltüntetni a saját szerződésszámát, a teljesítés jogcímét, a teljesítés időszakát, valamint – ha ezt a Szerződő kéri, akkor - a Szerződő által megadott, egyéb azonosító számot. A Biztosító minden számla kibocsátásával egyidőben köteles elektronikusan benyújtani egy excel formátumú részletezőt a kiadott számlában szereplő biztosított létszám

⁴ Amely alatt minden esetben számviteli bizonylat is értendő.

szerinti díjmegbontás tartalmával. A fenti excel táblázat a Műszaki Specifikációban rögzített kommunikációs út szerint kerül megküldésre. Amennyiben a kiállított számla alapján ellenőrizhető a számla összege, vagyis a számla tartalmazza a díjképzéshez felhasznált mennyiségi (csoportonkénti létszám) és egységár (csoportonkénti Ft/fő díj) adatokat, úgy nem szükséges a külön excel részletező benyújtása.

12. Figyelemmel a Kbt. 27/A. §-ában foglaltakra – mód van elektronikus számla alkalmazására, befogadására, amennyiben az megfelel az eredetének hitelességére és adattartalmának sértetlenségére vonatkozó követelményeknek, valamint az EN 16931-1:2017 számú európai szabványnak és az Európai Bizottság által e szabványhoz az Európai Unió Hivatalos Lapjában közzétett szintaxislistának.
13. Szerződő a számla igazolt kézhezvételétől számított 15 (tizenöt) naptári napon belül köteles azt felülvizsgálni és visszautasítás esetén, a visszautasítás okának egyértelmű meghatározása mellett a Biztosítót erről írásban értesíteni. Szerződő Felek megállapítják, hogy a számla fizetési határidejét a szabályszerűen és a megfelelő adatokkal kiállított számla kézhezvételétől számítják. Szerződő elfogadottnak tekinti a kiszámlázott összeget, amennyiben a számlán szereplő fizetendő díj maximum +/- 100 Ft-tal tér el a tényleges aktuális biztosítási díjhoz képest.
14. Szerződő késedelmes fizetése esetében Biztosító jogosult a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (a továbbiakban: Ptk.) 6:155. §-ában meghatározottak szerinti késedelmi kamatot felszámítani az elfogadott számla összege után a késedelmes napokra számítva. Szerződő nem köteles kamatot fizetni a vitatott vagy jóvá nem hagyott számlák összege után. Amennyiben Biztosító a szerződés alapján fennálló térítési kötelezettségének késedelmesen tesz eleget, a Ptk. 6:155. § rendelkezései szerinti késedelmi kamat fizetésére köteles.
15. A biztosítási díjat a Szerződő a Kbt. 135.§ (1) és (5) bekezdései és a Ptk. 6:130.§ (1)-(2) bekezdése szerint, a tárgyidőszak első hónapjában kiállított számla alapján előre fizeti meg, oly módon, hogy azt, a helyes számla kézhezvételétől számított 30 naptári napon belül banki átutalással teljesíti a Biztosító számára. A fizetési határidő tekintetében akkor is ez a szabály irányadó, ha a kiállított számlán szereplő fizetési határidő a fentiekől eltér. Ha ez munkaszüneti nap, akkor az ezt követő munkanap.
16. A finanszírozási és fizetési feltételekre a Kbt. 135. § (5) és (6) bekezdései is irányadók.
17. A biztosítási díj magában foglalja a Biztosító által a Szerződőtől beszedni köteles és a biztosítási díjba beépítendő valamennyi kivetett adó összegét.
18. Felek megállapodnak abban, hogy a biztosítási díj a Biztosító valamennyi költségét magába foglalja, erre figyelemmel a Biztosító a biztosítási szolgáltatásért a biztosítási díjon felül egyéb díjat vagy költséget nem számíthat fel.
19. Biztosító nem fizethet, illetve számolhat el a biztosítási díjban a szerződés teljesítésével összefüggésben olyan költségeket, amelyek a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont ka)-kb) alpontja szerinti feltételeknek nem megfelelő társaság tekintetében merülnek fel, és amelyek a Biztosító adóköteles jövedelmének csökkentésére alkalmasak.

20. Biztosító átlátható szervezetnek minősül, ezért vállalja, hogy a szerződés teljesítésének teljes időtartama alatt tulajdonosi szerkezetét a Szerződő számára megismerhetővé teszi és a Kbt. 143. § (3) bekezdése szerinti ügyletekről a Szerződőt haladéktalanul értesíti.
21. A külföldi adóilletőségű Biztosító köteles a szerződéshez arra vonatkozó meghatalmazást csatolni, hogy az illetősége szerinti adóhatóságtól a magyar adóhatóság közvetlenül beszerezhet a Biztosítóra vonatkozó adatokat az országok közötti jogsegély igénybevétele nélkül.

V. A teljesítésre vonatkozó szabályok

1. Biztosító kijelenti, hogy a jelen szerződésben vállalt feladatok ellátásához a szükséges szakértelemmel, szakmai tapasztalattal és jártassággal rendelkezik, kijelenti, hogy a legjobb szakmai tudása szerint, a vonatkozó jogszabályok, hatósági és egyéb előírások maradéktalan betartása mellett jár el. Biztosító kijelenti, hogy a vállalt feladatok elvégzéséhez szükséges engedélyekkel rendelkezik.
2. Biztosító kijelenti, hogy a szerződés tárgyát, az ellátandó feladatok lényeges jellemzőit és a biztosítási szolgáltatás teljesítésének egyéb feltételeit megismerte.
3. Területi hatálya (teljesítés helyszíne): a Műszaki Specifikációban megfogalmazottak szerint.

VI. A biztosítási esemény bekövetkezésekor követendő eljárás

1. A bekövetkezett káresemények kapcsán alapvetően a biztosított (károsult), illetve adott esetben Szerződő a Biztosító felé bejelentést kötelesek tenni a biztosított esetében a káresemény bekövetkeztek, a Szerződő esetében a káresemény tudomásra jutásának dátumától számított 30 napon belül. A bejelentés a Biztosító feltételeiben foglalt határidőkhöz képesti elmaradása nem keletkeztet mentesülési és/vagy bármilyen egyéb hivatkozási alapot a szolgáltatás részleges és/vagy teljes megtagadására. A Biztosító a határidőn túli bejelentés kapcsán csak annyiban mentesül a szolgáltatás nyújtása alól, amely mértékben az idő múlásával az adott kárügy tekintetében lényeges dolgok, körülmények kideríthetatlenné váltak.
2. A Biztosító a kárbejelentés beérkezésétől számítottan ⁵ munkanapon belül megkezdje az adott kár feldolgozását. A kár feldolgozása megkezdettnek minősül, ha a Biztosító a kárbejelentés tényét kárszámmal, elektronikus levélben, ennek hiányában postai úton visszaigazolta. A visszaigazolásnak tartalmaznia szükséges a kárügyben benyújtandó iratok listáját is.
3. Biztosító tudomásul veszi, hogy a Kbt. 142.§ (1) bekezdés alapján Szerződő köteles dokumentálni a szerződés teljesítésére vonatkozó adatokat, ennek keretében köteles ellenőrizni és dokumentálni azon szerződéses kötelezettségek teljesítését, amelyeket a közbeszerzési eljárásban az értékelés során figyelembe vett, valamint minden, a szerződésben foglaltaktól eltérő teljesítést, annak okait és – adott esetben – a szerződésszegéssel kapcsolatos igények érvényesítését.
4. A kárrendezés egyéb szabályait a Műszaki Specifikáció részletezi.

⁵ A Biztosító felolvasólapja alapján kitöltendő!

VII. Alvállalkozó, közreműködő igénybevétele

1. Biztosító alvállalkozót (közreműködőt) a Kbt. 138. §-ban rögzítettek szerint vehet igénybe. Biztosító a jogosan igénybe vett alvállalkozóért, egyéb közreműködőért úgy felel, mintha a tevékenységet maga végezte volna, közreműködő jogosulatlan igénybevétele esetén pedig felelős minden olyan kárért is, amely anélkül nem következett volna be. A teljesítésbe bevont alvállalkozót, közreműködőt a Biztosítóra vonatkozó titoktartási kötelezettséggel megegyező mértékű titoktartási kötelezettség terheli.
2. A szerződő Felek rögzítik, hogy a Biztosító a jelen szerződés teljesítéséhez a 4. számú mellékletben rögzített alvállalkozókat veszi igénybe/ nem vesz igénybe alvállalkozót⁶.
3. Felek megállapodnak abban, hogy amennyiben a Biztosító a szerződés megkötésének időpontjában, majd – a később bevont alvállalkozók tekintetében – a szerződés teljesítésének időtartama alatt köteles előzetesen a Szerződőnek valamennyi olyan alvállalkozót bejelenteni (a megnevezésen túl az adószám, elérhetőség, valamint a képviselőre jogosult megjelölésével és az ajánlattevői teljesítésen belül az alvállalkozói teljesítés várható százalékos arányát valamint az alvállalkozói szerződés szerinti ellenszolgáltatás értékét is köteles megadni), amely részt vesz a szerződés teljesítésében. A Biztosító jelen szerződésben nyilatkozik, hogy a szerződés teljesítéséhez nem vesz igénybe a közbeszerzési eljárásban előírt kizáró okok hatálya alatt álló alvállalkozót. Egyéb nyilatkozatot, igazolást nem kell benyújtania.
4. A teljesítéshez a Biztosító a közbeszerzési eljárás során az alkalmasságának igazolásában részt vett szervezetet a Kbt. 65. § (9) bekezdésében foglalt esetekben és módon köteles igénybe venni. E szervezetek bevonása akkor maradhat el, vagy helyettük akkor vonható be más (ideértve az átalakulás, egyesülés, szétválás útján történt jogutódlás eseteit is), ha a Kbt. 138.§ (2) bekezdése szerinti feltételek teljesülnek.
5. A Szerződő a szerződés teljesítésének teljes tartama alatt Biztosítási szakértőt, alkuszi közreműködőt vesz igénybe. Az alkusz a jogszabályokban és a megbízási szerződésében foglalt feladatait látja el, kiemelten: igényfelmérés, biztosítási szerződések elemzése, értelmezése, javaslatok megfogalmazása a biztosítási kockázatok kezelésére, közreműködés biztosítói versenyztetések lefolytatásában és kiértékelésében, biztosítási szerződések megkötésében, kezelésében, módosításában, aktualizálásában, illetve a kárrendezésben, kárügyintézésben

VIII. A szerződésszegésre vonatkozó szabályok

1. Biztosító szerződésszegést követ el különösen, de nem kizárólagosan, ha
 - jelen szerződésben, illetve annak 1. számú mellékletében, a Műszaki Specifikációban rögzített, a teljesítésre vonatkozó feltételek szerinti eredeti megkötöttséghez képest jelentős mértékben (+50% feletti) késedelmesen teljesít, vagy
 - hibásan teljesít, mert a szolgáltatás bizonyíthatóan és felróhatóan nem felel meg a teljesítéskori jogszabályokban, vagy a jelen szerződésben meghatározottaknak.

⁶ Szerződéskötéskor a nyertes Ajánlattevő nyilatkozata alapján a megfelelő válasz aláhúzendó.

A fent leírt esetekben a Szerződő írásban felszólítja Biztosítót a szerződés szerű teljesítésre.

2. Amennyiben a Biztosító olyan okból, amelyért felelős:
 - a) a szerződésben foglalt kötelezettségeinek késedelmesen tesz eleget, Szerződő késedelmi kötbérre jogosult, amelynek mértéke minden késedelemmel érintett nap után 5.000 Ft/nap, de legfeljebb 25.000 Ft/szerződés. A Felek rögzítik, hogy a késedelmi kötbér megfizetése nem mentesíti a Biztosítót a teljesítési kötelezettség alól.
 - b) hibásan teljesít, Szerződő késedelmi kötbérre jogosult, amelynek mértéke a hiba kijavításáig eltelt napokra 5.000 Ft/nap, de legfeljebb 25.000 Ft/szerződés.
3. Biztosító súlyos szerződésszegésének minősül különösen, de nem kizárólagosan, ha:
 - a teljesítést jogos ok nélkül megtagadja,
 - felelősségi körében felmerülő okból a szerződésben vállalt teljesítési határidő vonatkozásában az eredeti megkötöttséghez képest (lásd VIII. 1. szerint) jelentős mértékben (+100% feletti) késedelmesen teljesít,
 - Szerződő írásbeli felszólítása ellenére sem a jelen szerződés szerint teljesít,
 - Biztosító fizetéseképtelenné válik, vagy ellene reorganizációs eljárás vagy felszámolás indul.
 - Biztosító tevékenysége folytatásához szükséges engedélyét a szerződés időtartama alatt visszavonják, felfüggesztik.
 - a teljesítés meghiúsul és/vagy ellehetetlenül olyan okból, amelyért a Biztosító felelős.
4. A szerződés Biztosító hibájából való meghiúsulása és/vagy ellehetetlenülése esetén a Biztosító meghiúsulási kötbér fizetésére kötelezett. A meghiúsulási kötbér összegét a szerződő Felek az éves biztosítási díj 10 %-a, de maximum 1.000.000,- Ft/szerződés határozzák meg.
5. Szerződő súlyos szerződésszegésének minősül, ha:
 - az általa befogadott/jóváhagyott számlát, annak jelen szerződés IV.14. pontja szerinti fizetési határidején túl, a Biztosító fizetési felszólítását követően 30 (harminc) napon, de mindenképpen a jelen szerződés IX.9. pontján belül sem egyenlíti ki.
6. Felek a másik fél súlyos szerződésszegése esetén jogosultak egyoldalúan, írásban, azonnali hatállyal a jelen szerződés felmondására, vagy amennyiben még nem történt teljesítés, a jelen szerződéstől elállni.
7. A Szerződő kötbérigényét attól függetlenül érvényesítheti, hogy a Biztosító szerződésszegéséből kára származott-e. A Szerződő a kötbér mellett érvényesítheti a kötbért meghaladó kárát, továbbá a szerződésszegéssel okozott kárának megtérítését akkor is követelheti, ha kötbérigényét nem érvényesítette.
8. A Biztosító a kötbér összegét a Szerződő írásbeli felszólításának közlését követő 15 napon belül köteles a Szerződő részére megfizetni. Az esedékessé vált kötbérfizetési kötelezettség alól a Biztosító a jelen szerződés megszűnése esetén sem mentesül.

IX. A szerződés módosítása, megszűnése

1. A Felek tudomással bírnak arról, hogy jelen szerződésnek – az eljárást megindító felhívás, a közbeszerzési dokumentumok, a dokumentáció feltételei, illetőleg az ajánlat tartalma alapján meghatározott részének – a módosítására kizárólag a Felek közös megegyezésével, írásban a Kbt. 141. §-ában foglaltak szerint van mód. Nem minősül szerződésmódosításnak a Felek cégjegyzékben nyilvántartott adataiban, így különösen a székhelyében, képviselőiben, számlavezető bankjában, bankszámlaszámában bekövetkező változás, továbbá a szerződéskötés és teljesítés során eljáró szervezet és a kapcsolattartók adataiban bekövetkező változás, valamint a fizetési gyakoriság szerződésben rögzítetthez képesti megváltozása. A fentiek szerinti változásokról az érintett Fél a másik Felet – az eset körülményeitől függően – vagy előzetesen írásban, a Műszaki Specifikációban rögzítettek szerint vagy az ott nem kezelt esetben, a változás bekövetkezéséről való tudomásszerzést (bejegyzését) követő 10 (tíz) naptári napon belül köteles értesíteni.
2. A Szerződő a Műszaki Specifikációban foglaltak szerint az állományváltozást az adott biztosítási időszak záró létszámára vonatkozó adatközlés formájában évente egyszer (éves elszámolás) köteles a Biztosító felé bejelenteni. A szerződő Felek ezen okok miatt felmerülő állományváltozást olyan minden ajánlattevő számára előre megismerhető és egyértelmű módosításnak tekintik a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontja alapján, amely nem változtatja meg a szerződés általános jellegét.
3. Amennyiben a Szerződő tekintetében, annak működését érintő olyan jelentős (állami) átszervezés, átcsoportosítás, átalakítás következne be, amely kihatással van jelen szerződésre (indokolatlanná teszi annak további fenntartását, ide nem értve az érdekmúlás esetét, melyet a IX.10. pont szabályoz), akkor a Szerződő jogosult azt a következő évfordulóra megszüntetni a Biztosító előzetes, írásos és legalább 3 hónappal az évfordulót megelőző időpontban közölt tájékoztatása mellett.
4. Jelen szerződés a határozott időtartam lejártával megszűnik.
5. A szerződő Felek megállapodnak, hogy a Biztosító a teljesítés során köteles a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. (Bit.) törvényben, továbbá a 43/2015. (III. 12.) Korm. rendelet a biztosítók és a viszontbiztosítók szavatolótőkéjéről és biztosítástechnikai tartalékairól a biztosítási tevékenységről foglaltakat jelen szerződés keretében betartani. Amennyiben a szerződés kárhányada (kifizetett és tartalékolt károkkal együtt) meghaladja a biztosítási adóról szóló 2012. évi CII. törvényben, az adott módozatra érvényes, adótartalom nélküli díj 60%-át, akkor a Biztosítónak lehetősége van a Szerződőt - minimum az évforduló előtt 3 hónappal - erről értesíteni és a szerződést évfordulóra megszüntetni. Szerződő felek megállapodnak továbbá abban, hogy a Biztosító jelen szerződést kizárólag egészében – minden Szerződőre kiterjedően – jogosult a biztosítás évfordulót megelőző legkésőbb 3 hónappal, egyoldalú jognyilatkozattal, a kárhányadra történő hivatkozással felmondani a biztosítási évfordulóra.
6. A Kbt. 143. § (2) bekezdése alapján a Szerződő köteles a jelen szerződést felmondani, vagy – a Ptk.-ban foglaltak szerint – attól elállni, ha a szerződés megkötését követően jut tudomására,

- hogy a Biztosító tekintetében a közbeszerzési eljárás során kizáró ok állt fenn és ezért ki kellett volna zárni a közbeszerzési eljárásból.
7. A Szerződő a Kbt. 143. § (3) bekezdése alapján jogosult és egyben köteles jelen szerződést felmondani – ha szükséges olyan határidővel, amely lehetővé teszi, hogy a szerződéssel érintett feladata ellátásáról gondoskodni tudjon – ha:
 - a) a Biztosítóban közvetetten vagy közvetlenül 25%-ot meghaladó tulajdoni részesedést szerez valamely olyan jogi személy vagy személyes joga szerint jogképes szervezet, amely tekintetében fennáll a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont kb) alpontjában meghatározott feltétel;
 - b) a Biztosító közvetetten vagy közvetlenül 25%-ot meghaladó tulajdoni részesedést szerez valamely olyan jogi személy vagy személyes joga szerint jogképes szervezetben, amely tekintetében fennáll a Kbt. 62. § (1) bekezdés k) pont kb) alpontjában meghatározott feltétel.
 8. Felek a szerződést a teljesítési határidő letelte előtt kizárólag a másik fél súlyos szerződésszegése esetén, mondhatják fel azonnali hatállyal. A felmondást a másik féllel írásban kell közölni, amelyben meg kell jelölni a felmondás indokát is. Súlyos szerződésszegésnek minősülnek különösen, de nem kizárólagosan a jelen szerződés VIII. pontjában foglalt esetek.
 9. A szerződés – egyidejűleg a Biztosító kockázatviselése – a biztosítási díj be nem fizetése esetén a biztosítási díj esedékességét követő 60. napon megszűnik, ahol az esedékesség a mindenkori gyakoriság szerinti számla kézhezvételének napjától számítandó.
 10. Tekintettel arra, hogy a biztosítási díj fizetésére Szerződő a Műszaki Specifikációban rögzített mértékig felel, az esetleges részleges díj nem fizetés miatti fentiek szerinti megszűnés a szerződés részleges megszűnését eredményezi a díjjal nem fedezett rész és Szerződő vonatkozásában. Vagyis a biztosítási fedezet kizárólag azon Szerződőre vonatkozóan szűnik meg, amely a díjfizetést elmulasztotta.
 11. Ha a Szerződő biztosítási érdeke megszűnik vagy a biztosítási esemény bekövetkezése lehetetlenné vált, erről a Biztosítót haladéktalanul, de legkésőbb a Műszaki Specifikációban foglaltak szerint írásban értesítenie kell Szerződőt. A szerződés, illetve annak vonatkozó része az érdekmúlást követő nappal megszűnik. A Biztosító az érdekmúlás napjával bezárólag viseli a kockázatot és Szerződő e napig köteles a díj fizetésére. A megszűnés napját és a jogkövetkezményeit Felek írásban rögzítik.
 12. Szerződő/ a szerződést azonnali hatállyal jogosult és köteles felmondani, amennyiben Biztosító az ukrajnai helyzetet destabilizáló orosz intézkedések miatt hozott korlátozó intézkedésekről szóló 833/2014/EU tanácsi rendelet (továbbiakban: Rendelet) alapján a szerződés megkötését követően kerül a Rendelet személyi hatálya alá. Amennyiben a tilalom csak a Biztosító által a teljesítésbe a szerződéses érték 10 %-át meghaladó mértékben bevont alvállalkozója, szállítója vagy a közbeszerzési eljárás során kapacitást biztosító szervezete tekintetében áll fenn, – a Kbt. vonatkozó rendelkezéseinek betartása mellett – a Ptk. 6:111. § alapján a szerződés érvényessé tételére van lehetőség a tilalommal érintett gazdasági szereplő cseréjével. Amennyiben Biztosító a Rendelet szerinti személyi tilalom hatálya alá kerülésnek a Szerződő tudomására jutástól számított 15 napon belül nem tud a tilalom hatálya alá nem tartozó személyt a tilalommal érintett, a teljesítésben részt vevő, a szerződéses érték 10 %-át meghaladó alvállalkozója, szállítója vagy

kapacitást biztosító szervezete helyett biztosítani, Szerződő azonnali hatállyal jogosult és köteles a szerződést felmondani. Biztosító a fentiekre tekintettel a szerződés érvényességének ideje alatt folyamatosan bejelentési kötelezettség terheli a tilalom személyi hatályának fennállása tekintetében. Erre tekintettel amennyiben Biztosító a Rendelet szerinti tilalom fennállásáról tudomást szerez, 3 munkanapon belül köteles azt a Szerződőnek írásban bejelenteni. Szerződő jogosult a tilalom fennállását a szerződés teljes időtartama alatt bármikor ellenőrizni. Amennyiben Biztosító a Szerződő felszólítására nem igazolja, vagy nem képes igazolni a tilalom személyi hatálya alá tartozás hiányát, Szerződő jogosult és köteles a szerződést azonnali hatállyal felmondani. A jelen pont rendelkezései mindaddig érvényben maradnak, amíg a Rendelet alkalmazásának kötelezettsége a Szerződő részéről fennáll.

X. Egyéb rendelkezések

1. A Felek a saját tevékenységi körükbe eső cselekményekért vagy mulasztásokért önálló felelősséggel tartoznak.
2. A Felek kötelesek működésük során a hatályos jogszabályok szerint eljárni és céljuk, hogy a korrupcióellenes, a tisztességes piaci magatartást szabályozó, versenyjogi, valamint fogyasztóvédelmi szabályoknak, továbbá az üzleti etika általánosan elfogadott szabályainak megfeleljenek, a szerződés megkötése és teljesítése során ezeknek megfelelően járjanak el.
3. A Felek tudomásul veszik, hogy a szerződés teljesítése során megismert, a másik fél tevékenységéhez kapcsolódó minden olyan adat, tény, információ stb. (a továbbiakban: adat), amelynek a nyilvánosságra hozatala, illetéktelenek által történő megszerzése vagy felhasználása a jogosult jogszerű pénzügyi, gazdasági vagy biztonsági érdekét sértené vagy veszélyeztetné - és amelyet jogszabály egyébként más titokfajtának nem minősít - a Felek üzleti titkát képezi.
 - A Felek a tudomásukra jutó üzleti titkokat a vonatkozó jogszabályokra és a szerződésben foglaltakra figyelemmel kötelesek kezelni. Titoktartási kötelezettségük körében a tudomásukra jutott adatokat illetéktelen részére hozzáférhetővé nem tehetik, nem közölhetik, át nem adhatják, nyilvánosságra nem hozhatják – jogszabályi kötelezettség esetét kivéve – a szerződés megszűnését követően sem.
 - A Felek tudomásul veszik, hogy az általuk vállalt titoktartási kötelezettség azon harmadik személyekre is kiterjed, akiket a szerződés teljesítésébe bevonnak. A Felek kötelesek felhívni e személyek figyelmét a szerződésben foglalt titoktartási kötelezettségre, annak betartására, amelynek megtörténtét egymás részére bármikor igazolni is kötelesek.
 - A Felek közötti jogviszony bármely okból történő megszűnése esetén a Biztosító köteles a jogszabályokban foglaltak szerint haladéktalanul visszaadni vagy megsemmisíteni minden olyan bizalmas adatot tartalmazó dokumentumot, illetve arról készített másolatot, amellyel kapcsolatban titoktartási kötelezettség terheli.
 - A titoktartás alól kivételt képez az az eset, amikor valamelyik fél jogszabályban előírt kötelezettségének teljesítése érdekében hozza nyilvánosságra a fenti adatok valamelyikét.
 - A jelen titoktartási szabályok megsértéséért - az egyéb jogi következményeken túl - a Felek

egymással szemben kártérítési felelősséggel tartoznak.

- A Felek rögzítik és tudomásul veszik, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) rendelkezései a jelen szerződéssel összefüggésben alkalmazandók, a Felek adatkezelésére e törvény rendelkezéseit kell alkalmazni. Biztosító a szerződést, valamint az annak teljesítése során vagy azzal összefüggésben tudomására jutott minden információt üzleti titokként (a továbbiakban: „Titok”) köteles kezelni és azokat kizárólag a szerződés teljesítése céljából használhatja fel, és illetéktelen személyek tudomására nem hozhatja, ennek megfelelően a Biztosító a szerződés, valamint az annak teljesítése során létrejött tervek, dokumentumok, és Titok vonatkozásában kommunikációs tevékenységet nem folytathat, kivéve a – a Szerződéssel történt egyeztetést követően - az Infotv. 26. §., illetve 27. § (3) és (3a) bekezdéseiben foglalt feltételek teljesülésének esetét.
- Jelen szerződés aláírásával a Felek vállalják, hogy természetes személyek adatainak kezelése során a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályaon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) szóló, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679. rendeletének (továbbiakban: GDPR) megfelelően járnak el. Így különösen, Felek tudomásul veszik, hogy a szerződés megkötése és teljesítése, valamint a Felek közötti kapcsolattartás lehetővé tétele céljából a Felek kezelik egymás kapcsolattartóinak, valamint a szerződés teljesítésében részt vevő egyéb munkavállalóinak személyes adatait a GDPR 6. cikk (1) bek. b) és c) pontja alapján. Mindkét Fél jogos érdekét képezi, hogy szerződéses partnerével a szerződés megfelelő teljesítése és az együttműködés megteremtése érdekében kapcsolatot tartson. Szerződő a károsult személyes adatokat a GDPR 6. cikk (1) bek. f) pont szerinti jogi kötelezettség teljesítése jogalappal kezeli és továbbítja Biztosító felé.
- Amennyiben az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletében nevesített, a jelen szerződés teljesítéséhez kapcsolódó adatvédelmi incidens következik be a Biztosítónál, vagy ennek gyanúját Biztosító észleli, akkor azt köteles haladéktalanul a Szerződő részére jelenteni.

Szerződő Felek tudomásul veszik, hogy a szerződés a Kbt. 43. § (1) bekezdésében foglaltakra figyelemmel nyilvános, tartalma közérdekből nyilvános adatnak minősül.

4. A Biztosító az ajánlata alapján vállalja, hogy a szerződés teljes időtartama alatt legalább 1 fő dedikált kapcsolattartót biztosít. A dedikált kapcsolattartóhoz rendelt feladatok teljesítésére vonatkozó előírásokat a Műszaki Specifikáció tartalmazza.
5. Biztosító tudomásul veszi, hogy Szerződő a közbeszerzés biztosításszakmai támogatásával és a biztosítási szerződés kezelésével kapcsolatos teendők ellátásával biztosítási szakértőt (Alkuzst) bíz meg, a megbízott biztosítási szakértő: Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt.
6. Szerződő kifejezetten hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a Szerződő biztosítási titoknak minősülő adatait átadja – különösen a szerződés kezelése, aktualizálása, a károk nyilvántartása, ill. a

kárrendezés elősegítése céljából – a Szerződő és annak megbízottja, valamint a szerződést kezelő biztosítási szakértő (Alkusz) részére.

7. A jelen szerződésből eredő vitás kérdések rendezését a Felek elsődlegesen tárgyalások útján kötelesek rendezni. Ennek sikertelensége esetén a vitás kérdések rendezésére a szerződő Felek a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény szerinti hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak.
8. A jelen szerződés egyes rendelkezései egymással összhangban értelmezendők, és amennyiben a jelen szerződés valamely rendelkezése vagy egy beazonosítható része érvénytelennek bizonyul, akkor az ilyen érvénytelenség nem érintheti a jelen szerződés többi rendelkezésének vagy annak beazonosítható részeinek érvényességét és hatályosságát.
9. Szerződő Felek megállapodnak, hogy jelen szerződés 2. számú – Adatközlő -, valamint 4. számú – Szerződés teljesítésében résztvevő alvállalkozók és egyéb közreműködők listája – és a 6. számú – Kapcsolattartók – mellékleteinek aktualizálása nem minősül jelen szerződés módosításának.
10. Jelen szerződésben nem rendezett kérdésekre a Bit., a Ptk., a Kbt. és végrehajtása tárgyában hatályba lévő rendeletek, valamint a vonatkozó egyéb jogszabályokban foglaltak irányadóak.
11. Biztosító tudomásul veszi, hogy az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény (továbbiakban: Áht.) 41. § (6) bek. alapján a Szerződő nem köthet olyan jogi személlyel, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezettel érvényesen visszerthes szerződést, illetve létrejött ilyen szerződés alapján nem teljesíthető kifizetés, amely szervezet nem minősül a nemzeti vagyonról szóló 2011. évi CXCVI. törvény (a továbbiakban: Nvtv.) 3. § 1. pontja szerinti átlátható szervezetnek. Szerződő továbbá ezen feltétel ellenőrzése céljából, a szerződésből eredő követelések elévüléséig az Áht. 55. § szerint jogosult a Biztosító átláthatóságával összefüggő, az 55. §-ban meghatározott adatokat kezelni.
12. Biztosító képviselője nyilatkozik, hogy - az Áht. 41. § (6) bekezdése, valamint a nemzeti vagyonról szóló 2011. évi CXCVI. törvény 3. § 1 b) pontja alapján - az általa képviselt társaság átlátható szervezetnek minősül.
13. Felek elfogadják és magukra nézve kötelezőnek tekintik az Áht. 63. §-ának vonatkozó rendelkezései, és a Kormányzati Ellenőrzési Hivatalról szóló 355/2011. (XII. 30.) Korm. rendelet alapján Kormányzati Ellenőrzési Hivatal és az Állami Számvevőszékről szóló 2011. évi LXVI. törvény 5. §-ának (5) bekezdésében foglaltak alapján az Állami Számvevőszék ellenőrzési jogosultságát.
14. Jelen szerződés részét képezik a Kbt. 136. § és 143. § rendelkezéseiben foglaltak.
15. Jelen szerződés 2 (kettő) eredeti, egymással azonos tartalmú példányban készült, amelynek minden oldalát a Felek képviselői szignójukkal és végül aláírásukkal látták el, melyből 1 (egy) példány a Szerződőt, 1 (egy) példány pedig a Biztosítót illeti meg.
16. Felek a jelen szerződést elolvasták, megértették, s mint akaratukkal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag, cégszerűen írták alá.

Melléklet:

Szerződő Felek megállapodnak, hogy az alábbi dokumentumok a szerződés elválaszthatatlan részét képezik, valamint a Biztosító tevékenységét a következő dokumentumokban rögzített feltételek szerint végzi el:

1. *számú melléklet:* Műszaki Specifikáció
2. *számú melléklet:* Adatközlő
3. *számú melléklet:* Nyertes ajánlattevő ártáblázata
4. *számú melléklet:* A szerződés teljesítésében résztvevő alvállalkozók és egyéb közreműködők listája
5. *számú melléklet:* Nyertes Ajánlattevő ajánlata és szerződési feltételei (ÁSZF, KSZF)
6. *számú melléklet:* Kapcsolattartók

A közbeszerzési eljárás iratanyaga (eljárást megindító felhívás, közbeszerzési dokumentumok, adott esetben kiegészítő tájékoztatások, ajánlat, adott esetben hiánypótlási felhívás és hiánypótlások, adott esetben felvilágosítás kérések és arra adott válaszok, adott esetben indokoláskérések és indokolások, írásbeli összegezés az ajánlatok elbírálásáról) – annak csatolása nélkül is – a jelen szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

2024 DEC. 30

Kelt:

2024 DEC. 30

Kelt:

Szerződő részéről:	Biztosító részéről:
Csörnyei Gáza Zoltán Vezérigazgató és Debreczeny Imre László Üzemeltetési igazgató Fővárosi Vízművek Zrt.	Dr. Fedák István János vezérigazgató és Kóka Antal vezérigazgató-helyettes CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

Kapcsolattartók:

Szerződéses ügyekben kapcsolattartó:

Dedikált kapcsolattartó:

Műszaki Specifikáció

az Univerzál Beszerző Kft. - mint gesztor ajánlatkérő

- által megindított „II. KGFB-CASCO-CSÉB

biztosítás beszerzés 2025-2026” tárgyú közbeszerzési

eljárás

III. rész - Csoportos élet- és balesetbiztosítás kapcsán

Tartalomjegyzék

A közbeszerzési eljárás tárgya:	3
Részajánlattétel ismertetése:	3
Dokumentum hierarchia:	3
A részajánlatra együttesen igaz paraméterek:	3
Szerződő(k)re vonatkozó paraméterek:	4
Kockázatviselés időszakára vonatkozó paraméterek:	5
A szerződés felmondása:	5
Díjazásra és díjfizetésre vonatkozó paraméterek:	6
A díjfizetés gyakoriságára vonatkozó szabály:	7
A közbeszerzési eljárás során használt, a díjképzésre, a díj bemutatására és a későbbi bontására vonatkozó szabály:	7
A fedezet igazolására vonatkozó megkötések / adatok:	10
Mennyiségre vonatkozó paraméterek:	11
A fedezethez csatlakozás időpontjai:	11
Szerződéskötésre vonatkozó megállapodás:	11
A biztosított kategóriák a csoportos élet- és balesetbiztosítás kapcsán:	11
Létszámváltozás (mennyiségi és minőségi változás) és annak lejelentési szabályai:	11
A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásának rendje:	12
A biztosítottak tekintetében használt egyedi megállapodások:	13
A műszaki fedezetre vonatkozó megkötések / adatok:	14
A csoportos élet- és balesetbiztosítás kockázatok területére vonatkozó megkötések / adatok: ...	15
Egyéb műszaki meghatározások / adatok:	16
A kárrendezés területére vonatkozó megkötések / adatok:	17

A közbeszerzési eljárás tárgya:

Az eljárásban résztvevő Ajánlatkérő(k) közbeszerzési eljárás keretén belül vásárolják meg a következő 2 éves időszakra vonatkozó Csoportos élet- és balesetbiztosítási fedezetüket.

Részajánlattétel ismertetése:

3. rész - Csoportos élet- és balesetbiztosítás.

Dokumentum hierarchia:

A közbeszerzés lefolytatásának időszaka alatt, majd a teljesítés során az alábbi dokumentumhierarchia kerül meghatározásra:

Lásd Szerződés rendelkezései között.

A részajánlatra együttesen igaz paraméterek:

Gesztorra / a közbeszerzést technikailag összefogóra / lebonyolítóra vonatkozó paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat:
Név:	Univerzál Beszerző Kft.
Székhely:	1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.
Cégjegyzékszám:	01 09 336252
Adószám:	25719499-2-43
Végzett tevékenység:	7022 Üzletviteli, egyéb vezetési tanácsadás

Szerződő(k)re vonatkozó paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat:
I-től, Név:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Székhely:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Számlázási cím:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Levelezési cím:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Adószám:	Lásd az ajánlati felhívás alapján
Képviseli:	Lásd az ajánlati felhívás alapján

Kockázatviselés időszakára vonatkozó paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat:
Biztosítás tartama:	Határozott 2 év.
Kockázatviselés kezdete a nyitó állomány tekintetében és a hatálybalépés napja:	Jelen szerződés hatályba lépésének időpontja 2025.01.01. 00:00 perce. A jelen szerződés hatálya alá tartozó biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete az adatközlő táblázatban megjelöltek szerint, 2025.01.01 00.00 perce, de legkorábban az adott Szerződőre vonatkozó előzményszerződés megszűnését követő nap 00.00 perce. Szerződő az előzményszerződés megszűnésének hatályáról annak bekövetkezését megelőzően írásban tájékoztatja a Biztosítót.
Kockázatviselés vége:	A hatálybalépést követő 24. hónap utolsó napjának 24.00 perce.
Biztosítási évforduló:	A hatálybalépéstől számított minden egész év azonos napja.
Várakozási idő:	A Műszaki specifikáció teljes terjedelme alatt a meghatározott kockázatok tekintetében nem alkalmazható várakozási idő, valamennyi kockázat egységesen a szerződésben rögzített kockázatviselés kezdetével indul.

A szerződés felmondása:

A felmondás metodikája és annak időkorlátja 1:	Lásd szerződésben meghatározva!
Felmondás rendje 1:	A másik fél adott időpillanatban érvényes székhelye és/vagy magyarországi fióktelephelye felé írásban, ajánlott, tértivevényes küldeményként, az Alkusz egyidejű és azonos tartalmú értesítése mellett.

Díjazásra és díjfizetésre vonatkozó paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat:
Díjfizetés gyakorisága:	A szerződéstervezetben rögzítettek szerint.
Díjfizetés módja:	Számla ellenében átutalással. A Felek megállapodnak, hogy egyszerű díjbekérőt nem állítanak ki és nem fogadnak be.
Díjfizetés rendje:	Biztosítóhoz közvetlen.
Díjfizetés időszakának igazodása:	A közbeszerzés eljárás eredményeként létrejövő szerződés esetében annak időszaka, valamint annak díjszámítása a kockázatviselés kezdetéhez igazított biztosítási időszak szerint üzemel.
A kiállított számlákon/számviteli bizonylatokon szereplő ellenszolgáltatás teljesítésére vonatkozó megállapodás:	A Szerződő és a Biztosító rögzíti, hogy a fentiek szerint kiállított számlák fizetési határidejét, a szerződés adott időpillanathoz rendelt díjrendezettséget külön – külön vizsgálják.
Díjszámlázás törtidőszakra fedezetbe emelés és/vagy fedezetből törlés esetén:	Új belépők esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a munkavállaló munkajogi felvétel napjának 0 órája. Kilépő munkavállalók esetén a biztosító kockázatviselése a kilépés napjának 24 órájával megszűnik. Biztosító évente egy alkalommal egyeztet a Szerződővel a tényleges záró létszámot ² , amely a biztosítási díjelszámolás alapja. Az elszámolás pontos metodikája a Műszaki Specifikációban később részletezett. Amennyiben az elszámolást követően a Szerződőnek befizetési kötelezettsége keletkezne, akkor erre a részre is „a fizetési határidőre vonatkozó megkötés”-ben foglaltak érvényesek. Amennyiben az elszámolást követően visszautalandó díj illeti meg a Szerződőt, akkor - nyilatkozata alapján - lehetősége van, hogy a díjat visszautalják a részére, illetve arra is, hogy a díjat a következő díjfizetési időszakának az esedékes díjában írják jóvá. Amennyiben Szerződő nem nyilatkozik a visszautalandó díjról, a díj a következő, gyakoriság szerinti időszak esedékes díjában kerül jóváírásra, kivéve, ha a szerződés lejár. Ebben az

¹ Mely alatt minden esetben számviteli bizonylat is értendő.

² Az elszámolás a biztosítási időszak (1 év) utolsó napján érvényes állományi létszámadat alapján történik, az elszámolás részletes szabályait „A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásának rendje” rész tartalmazza. A záró állományi létszám biztosított csoportonként külön-külön kerül megadásra.

	esetben a Biztosító köteles jóváíró számlát kiállítani és a fennmaradt díjat visszautalni a szerződés megszűnését követő 30 napon belül.
A fizetési határidőre vonatkozó megkötés:	A biztosítási díjat a Szerződő a Kbt. 135.§ (1) és (5) bekezdései és a Ptk. 6:130.§ (1)-(2) bekezdése szerint, a tárgyidőszak első hónapjában kiállított számla/számviteli bizonylat alapján előre, a szerződésben foglaltak szerint teljesíti. A számlakiállítás tekintetében a szerződő Felek akként rendelkeznek, hogy a Biztosító a számlát minden, a „Vagyonváltozás, mennyiségi változás és annak lejelentési szabályai” részben meghatározott időpontot követően már az újonnan lejelentett létszámadatra állítja ki.
Díjtartási kööttség:	A Biztosító a határozott tartamú futamidő alatt nem jogosult a díjképzés menetén változtatni, illetve nem jogosult a díjképzés során használt paraméterek (egy főre eső díj) változtatására, a szerződésben rögzített kivétellel.

A díjfizetés gyakoriságára vonatkozó szabály:

A Biztosító a közbeszerzési eljárás megindításakor közzétett adatközlő táblázatban és/vagy egyéb helyen, a műszaki dokumentumokban foglalt gyakoriság szerinti díjfizetést figyelembevéve adja meg az adott Szerződőre vonatkozó éves díjat. Ha a szerződés időszaka alatt a Szerződő a díjfizetési gyakoriságán változtatni szeretne, akkor a Felek az alábbi táblázat szerint végzik el figyelemmel a Kbt. 141. § -ában foglaltakra:

Fizetési ütemezés	Díjkezdvezmény, pótdíj mértéke
EVES	0%
FÉLÉVES	0%
NEGYEDÉVES	0%
HAVI	nem lehetséges ilyen gyakoriság választása!

A közbeszerzési eljárás során használt, a díjképzésre, a díj benyújtására és a későbbi bontására vonatkozó szabály:

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY A RÉSZAJÁNLAT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSE TEKINTETÉBEN A MEGAJÁNLOTT DÍJAZÁSNAK TARTALMAZNI KELL AZ AHHOZ TARTOZÓ VALAMENNYI ADÓTERHET.

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY A RÉSZAJÁNLAT TEKINTETÉBEN AJÁNLATKÉRŐ A TELJESÍTÉS IDŐTARTAMA ALATT ALKUSZI KÖZREMŰKÖDÉST VESZ IGÉNYBE. AZ ALKUSZ A JOGSZABÁLYOKBAN FOGLALT FELADATAIT LÁTJA EL.

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY MÁR A KOCKÁZATVISELÉS HATÁLYA ALATT, A SZERZŐDÉSBE FOGLALT MENNYISÉGI MUTATÓKNAK IDŐSZAKOS FELÜLVIZSGÁLATA, KARBANTARTÁSA, MAJD A SZERZŐDÉSEN VALÓ ÉRVÉNYESÍTÉSE NEM

MINŐSÜL A SZERZŐDÉSES KÖTELEM BÁRMINEMŰ MEGVÁLTOZTATÁSÁNAK, ÍGY ERRE A NYERTES AJÁNLATTEVŐKNEK LEHETŐSÉGET KELL BIZTOSÍTANIA.

A kommunikációs utakra vonatkozó megkötések / paraméterek:

Megnevezés:	Meghatározás / adat: ³
Biztosító által kibocsátott <i>elektronikus</i> levelek küldésének iránya, kivétel fedezetigazolások:	<u>Alkusz</u> és a <u>Szerződő</u> e-mail címére.
Biztosító által kibocsátott, <i>elektronikusan</i> kiadott fedezetigazolások küldésének iránya:	<u>Alkusz</u> és a <u>Szerződő</u> e-mail címére.
Biztosító által kibocsátott, díjazást érintő valamennyi <i>papír alapú</i> dokumentum (díjbekérő, díjfelszólító, számla stb.) postázásának iránya:	<u>Alkusz</u> / Szerződő postacímére; kivétel olyan jogszabály hatálya alá tartozó esetben, ahol a jogszabályban foglaltak az irányadóak és az ott nevesített dokumentumok közvetlen a Szerződő felé postázandók. Ebben az esetben az ALKUSZ egyidejű és azonos tartalmú értesítése elektronikus formában, az Alkusz e-mail címére történik meg.
Biztosító által kibocsátott, a fedezetet vagy annak megszűnését érintő és/vagy megtestesítő valamennyi <i>papír alapú</i> dokumentum kivétel fedezetigazolás postázásának iránya:	<u>Alkusz</u> / Szerződő postacímére, kivétel olyan jogszabály hatálya alá tartozó esetben, ahol a jogszabályban foglaltak az irányadóak és az ott nevesített dokumentumok közvetlen a Szerződő felé postázandók. Ebben az esetben az ALKUSZ egyidejű és azonos tartalmú értesítése elektronikus formában, az Alkusz e-mail címére történik meg.
Biztosító által kibocsátott fedezetigazolás postázásának iránya:	<u>Alkusz</u> / Szerződő posta címére.
Biztosító által kibocsátott, a kárrendezési eljárás során készült valamennyi dokumentum (kárszám, káradat bekérő, kárszámítás, kárkifizetés értesítő stb.) postázásának iránya:	<u>A kárbejelentés kapcsán a bejelentő felé, egyéb esetben jellemzően a biztosított (károsult) felé.</u>
A Szerződő és a Biztosító egymáshoz intézett felmondása esetén	A másik fél adott időpillanatban érvényes székhelye és/vagy magyarországi fióktelephelye felé írásban, ajánlott, tértivevényes küldeményként, az Alkusz egyidejű és azonos tartalmú értesítése mellett.
Minden egyéb esetben:	<u>Alkusz</u> / Szerződő posta címére.

³ A táblázatban a végső postázási irány a szerződéskötéskor kerül a Szerződő igényei szerint aláhúzásra.

A fedezet igazolására vonatkozó megkötések / adatok:

LEJELENTÉS / IGAZOLÁS ELEKTRONIKUS RÉSZE		
1	Lejelentés, változásbejelentés, fedezetbevonás, fedezetből kijelentés menete:	Az éves elszámoláshoz szükséges tényleges zárólétszám közlése a Szerződő és/vagy az Alkusz által, a szerződés mellékletét képező Adatközlő táblázat használatával, a Biztosító meghatározott e-mail címére történő lejelentéssel történik.
2	Lejelentés, változásbejelentés, fedezetbevonásra, fedezetből kijelentésre használt dokumentumszükséglet:	Biztosító a létszámváltozás tekintetében nem kér a zárólétszám kimutatáshoz használt hiánytalanul kitöltött Adatközlőn kívül egyéb dokumentumot a fedezetbevonáshoz, illetve fedezetből történő törléshez. Az Adatközlőn feltüntetett adatokért az azt kitöltő és/vagy aláíró szavatol.
3	Változásbejelentés várható adattartalma:	A Szerződő, a közlési kötelezettség hatálya alá tartozó paramétereken belüli bármilyen adatváltozása.
4	Fedezetigazolás, javított fedezetigazolás, elektronikus módon történő kiállításának és megküldésének határideje (erre vonatkozó, előzetes igény jelzése esetén):	Az igény Biztosítóhoz való beérkezéstől számított 3 munkanapon belül. A Biztosító a lejelentés, változásbejelentés, fedezetbevonás struktúráltságának megőrzésével e-mailben vagy szükség esetén faxon továbbítja a fedezetigazolás(oka)t.

LEJELENTÉS / IGAZOLÁS PAPIR ALAPÚ RÉSZE / RENDES IGAZOLÁS		
5	Az elektronikusan megküldött dokumentumok, igazolások papír alapú anyagának postára adási határideje, <u>kivételesen fedezetigazolás:</u>	Az eredeti igény beérkezését követő – lehetőség szerint - 3 munkanapon belül a Biztosító postázza.
6	Az elektronikusan megküldött dokumentumok igazolások papír alapú anyagának postára adási határideje, ha azok <u>fedezetigazolások:</u>	Az eredeti igény beérkezését követő - lehetőség szerint - 3 munkanapon belül a Biztosító ajánlott feladással postázza.

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY 8 MUNKAÓRA TEKINTENDŐ 1 MUNKANAPNAK.

3. rész: Csoportos élet- és balesetbiztosítás

Mennyiségre vonatkozó paraméterek:

A biztosítási fedezet alatt a Szerződő valamennyi, a biztosított kategóriáknál meghatározott természetes személyeinek; biztosítottjainak a kockázatviselés hatálya alatt bekövetkezett, a Csoportos élet- és balesetbiztosítási szerződés terhére legkésőbb az elévülési időn belül bejelentett biztosítási eseménye értendő. A Csoportos élet- és balesetbiztosítás esetében a biztosítás díjszámításának alapja: a biztosítottak nyitó állományi létszáma főben meghatározva. A Szerződő által megvásárolni kívánt összes mennyiség a szerződés 2. számú mellékletét képező Adatközlő táblázatban megjelölt és főben meghatározott biztosított létszám, amellyől a Szerződő a szerződésben foglalt mennyiségi változás mértékében szükségszerűen eltérhet.

A fedezetkez esatlakozás időpontjai:

Lásd Adatközlő táblázat.

Szerződéskötésre vonatkozó megállapodás:

A Szerződő(k), valamint a Biztosító (nyertes ajánlattevő) megállapodnak, hogy a közös ajánlatkérők szerinti Szerződő(k) tekintetében külön – külön szerződést írnak alá. A külön íven megszővegezett szerződés kiállításához szükséges adat / egyéb paraméter bontását a Szerződő(k) a Biztosító rendelkezésére bocsátják az adatközlő táblázatban. A külön íven megszővegezett szerződéskiállítás esetében a limitek, teljesítési határok stb. Szerződnként külön - külön értendők és maradnak hatályban.

A biztosított kategóriák a csoportos élet- és balesetbiztosítás kapcsán:

1. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„A” csoport
2. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„B” csoport
3. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„C” csoport
4. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„D” csoport
5. csoport kategória: a csoport definíciója az Adatközlő táblázatban található.	„E” csoport

Létszámváltozás (mennyiségi és minőségi változás) és annak jelentési szabályai:

A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásos jellegű. „A fedezet igazolására vonatkozó megkötések / adatok” c. részben meghatározottak figyelembevételével a Szerződő és a Biztosító megállapodnak, hogy az állományváltozások (a biztosítottak létszámában bekövetkező változások) – beleértve a minőségi eltérés szerinti változást is (a biztosítottak korcsoport szerinti összetételében bekövetkező változás) – tekintetében évente egy alkalommal, a biztosítási évfordulóra egyeztetve Szerződő a Biztosítóval a tényleges záró létszámot.

Új belépők esetén a biztosító kockázatviselésének kezdete a munkavállaló munkajogi felvétel napjának 0 órája. Kilépő munkavállalók esetén a biztosító kockázatviselése a kilépés napjának 24. órájával megszűnik. A biztosítási időszak alatt bekövetkező változás, legyen az a feladni kívánt állományi létszám növekedése vagy annak esőkkenése, illetve minőségbeli változások, automatikusan fedezetet kapnak és/vagy a fedezetből törlésre kerülnek visszamenőlegesen a következő elszámolással. Igaz ez akkor is, ha az elszámolással fedezetbe emelt új biztosítottak, vagy azok minőségbeli változása időkőzben biztosítási esemény részese volt. Szerződő Felek a mennyiségi változást (mint a biztosítottak létszámában, minőségében bekövetkező változást) olyan előrelátható és ismert módosításnak tekintik a Kbt. 141. § (4) bekezdés a) pontja alapján, amely nem változtatja meg a szerzőződés általános jellegét.

A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásának rendje:

A Szerződő a szerződeškötéskor a biztosítottak nyitó létszámát, majd minden biztosítási időszak (1 év) végén, legkésőbb a biztosítási évfordulót követő 15. napig, a biztosítási időszak végén érvényes záró állományi létszámát csoportonkénti bontásban külön-külön a Biztosító felé lejelenti, amely a biztosítási díjelszámolás alapja.

Felek a nyitó és a záró létszám közötti különbségre kalkulált díj felével számolnak el az alábbiak figyelembevételével.

A Szerződő által – legkésőbb a biztosítási évfordulót követő 15 napon belül - megküldött adatszolgáltatás alapján a Biztosító elkészíti az éves elszámolást, melynek eredményét, az adatszolgáltatás beérkezését követő 15 napon belül Szerződő részére megküldi.

A különbözeti díj leképezésének metodikája: csoport kategóriánként, az Ártáblázatban szereplo, 1 fore eső éves díj (Ft-ban) adat szorozva az adott csoport kategóriára megadott nyitó és záró létszám különbözettel, majd az eredmény osztása kettővel, végül ezen csoport kategóriánkénti díjak összeadása.

Az elszámolás során így keletkező + vagy – díjkülönbőzet tekintetében jelen Műszaki specifikáció 6. oldalán a „díjszámlázás törtidőszakra fedezetbe emelés és/vagy fedezetből törlés esetén” meghatározásban foglaltak szerint számolnak el egymással.

A szerződő Felek megállapodnak, hogy amennyiben a szerződeškötéskori nyitó és a mindenkori évfordulókor az elszámoláshoz megadott záró létszám közötti különbség a szerződeškötéskori nyitólétszámhoz viszonyítva nem haladja meg a +/- 3 % küszőbértéket, akkor az elszámolás miatti + vagy – díjkülönbőzet kiszámlázásától eltekintenek.

A szerződő Felek megállapodnak, hogy Biztosító a biztosítási évfordulót követő új biztosítási időszakra már az elszámoláshoz megadott záró állományi létszámadattal, illetve az ahhoz társított, a szerződeš mellékletét képező Ártáblázatban foglalt, 1 fő biztosítottra eső díjadattal képezi le a következő gyakoriság szerinti díjat.

A szerződő Felek megállapodnak, hogy a záró létszám alapján leképezett új gyakoriság szerinti időszakra vonatkozó díj nem változik a kezdeti díjhoz képest, ha a szerződeškötéskori nyitó és a mindenkori évfordulókor az elszámoláshoz megadott záró létszám közötti különbség a szerződeškötéskori nyitólétszámhoz viszonyítva nem haladja meg a +/- 3 % küszőbértéket.

A biztosítottak tekintetében használt egyedi megállapodások:

- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a biztosítási fedezet változatlan feltételekkel kiterjed az igazgatósági tagokra, felügyelőbizottsági tagokra, illetve az ügyvezető igazgatókra ezen pozíciójuk betöltésének végéig, de maximum a kockázatviselés végéig, függetlenül ezen biztosítottak munkajogi státuszától. A Szerződő köteles a fentiek szerinti biztosítottakat a mindenkor esedékes, lejelentendő létszámba beszámolni!
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a biztosítottak tekintetében az adatszolgáltatás kizárólag mennyiségi adat formájában történik. A biztosítottakra vonatkozóan - biztosítási esemény miatti szolgáltatás kivételével - semmilyen azonosításra szolgáló személyes adat előre nem kérhető.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a kockázatviselés kezdete adott biztosítottra vonatkozóan a munkaviszony és/vagy a munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony és/vagy megbízási jogviszony keretén belül a munkajogi felvétel első napjának 00.00 órája.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a kockázatviselés vége adott biztosítottra vonatkozóan a munkaviszony és/vagy a munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretén belül a foglalkoztatás utolsó napjának 24.00 órája.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a biztosítottak tekintetében minimum belépési kor (alsó korhatár) nem kerül meghatározásra, adott biztosított a szerződés hatálya alá lejelenthető, amennyiben a lejelentés időpillanata korábbi, mint a biztosított 80. életéve betöltésének napja, azonban a szerződő Felek rögzítik, hogy a biztosítási védelem legkésőbb a biztosított 80. életévének betöltését követő napon, 00.00 órakor véget ér.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a kockázatvállaláshoz a biztosítottak részéről egészségi nyilatkozat kitöltése nem szükséges, valamint orvosi vizsgálaton történő megjelenésre sem kötelezhetőek. A Biztosítónak a biztosítottak tekintetében befogadási kötelezettsége van, amennyiben ezen személyek a szerződésben és műszaki specifikációban rögzített paramétereknek megfelelnek.
- **A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a Biztosító a biztosítottak előzménybetegségének vizsgálatáról lemond, azzal kapcsolatos korlátozásokat a teljesítés során nem eszközöl.** Ezzel együtt jelen kiterjesztés és a fedezet nem magára az előzménybetegségre vagy előzménybalesetre vonatkozik, hanem az esetlegesen ezekkel összefüggésben okozati, de már a kockázatviselési időszakon belül bekövetkező biztosítási események kapcsán felmerülő kárigényekre.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a fedezet kiterjed a megváltozott munkaképességű munkavállalók (Ajánlatkérő megváltozott munkaképességűnek tekinti a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény 294. § (1) bekezdés 1) pont alpontjaiban meghatározottak szerinti munkavállalókat), mint biztosítottak esetében is, ahol a biztosítási esemény miatti behatást a biztosított káridőpontjában meglévő egészségügyi állapota alapján felülvizsgálják. A biztosított káridőpontjában meglévő egészségügyi állapotának felülvizsgálata alapján nyújtott biztosítási szolgáltatás alatt az adott balesetből eredő – adott esetben további – egészségkárosodásának megfelelő mértékű térítés értendő.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a fedezet kiterjed a biztosítottak sporttevékenységének időtartamára is, kivéve a hivatásszerű és extrém sporttevékenység végzése közben, az azokban aktív részvétel során, valamint ok-okozati összefüggésben a sporttevékenységre visszavezethető okból bekövetkezett káreseményeket. Az extrém sporttevékenység meghatározása

tekintetében a Felek a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 5/B. § (1) bekezdésében, a szerződéskötés napján hatályos tevékenységeket veszik figyelembe, ideértve különösen, de nem kizárólagosan az autó-, motor-, motorcsónak- és repülő sportokat, a mélytengeri búvárkodást (40 m alatt) és a vadvízi evezést.

- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a 0-24 órás műszaki meghatározást nem felülírva, pusztán az egyértelműbb beazonosíthatóság kedvéért rögzítik, hogy a fedezet kiterjed a háztartási balesetek, a munkaidő alatt, illetve az onnan történő jövet és menet során bekövetkezett káresemények kapcsán is.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy balészből eredő biztosítási események közé sorolandó az ember vagy állat (pl kutya, rovar, stb.) erőszakos támadásából eredő, a biztosítottat ért káresemények is.
- A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a szolgáltatási összegek és az ahhoz kapcsolódó díjazás tekintetében is az értékkövetés (index) alkalmazásától eltekintenek, ide nem értve a szerződésben rögzített esetet.
- A Biztosító szolgáltatása nem csökkenthető vagy módosítható a biztosítottak korának előrehaladtával.
- Biztosító a vonatkozó biztosítási feltételek alkoholos befolyásoltságra hivatkozó kizárás(ai)nak alkalmazásától eltekint, amennyiben:
 - a biztosított halála, balesete vagy betegsége alkoholos befolyásoltsággal összefüggésben következett be, de véralkohol szintje nem haladja meg a 0,51 gr/liter vagy légalkohol szintje a 0,26 mg/liter értéket.
 - amennyiben az alkoholos befolyásoltság kapcsán a véralkohol/légalkohol szint nem megállapítható, úgy Biztosító nem hivatkozhat alkoholos befolyásoltság miatti kizárásra

A műszaki fedezetre vonatkozó megkötések / adatok:

FEDEZETI KIALAKÍTÁSA:	MEGHATÁROZÁS:
Feltételek és szolgáltatás, alapbiztosítás:	A biztosítási fedezet moduláris kialakítású. Szerződő és Biztosító megállapodnak, hogy az alábbi táblázatban biztosítási eseményként meghatározottak vonatkozásában adott kár kapcsán a Biztosító minden olyan modul biztosítási összegét kifizeti, ahol a biztosítási esemény bekövetkezése megállapítható. A biztosítási fedezet a téríthetőség (jogalap) megállapítása tekintetében a biztosítási eseményként meghatározott állapot megvalósulására irányul.
Időbeli hatály:	Kockázatviselés időbeli hatálya: valamennyi biztosított esetében egységesen, 0-24 óra időtartamra.
Területi hatály:	Kockázatviselés területi hatálya: valamennyi biztosított esetében egységesen a világ egész területe.
Vírusos, bakteriális fertőzés:	A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a fedezet érvényben marad a biztosított(ak) azon biztosítási eseményeire is, amelyek közvetlen és/vagy

	közvetett kiváltó oka bármilyen vírus, illetve bakteriális fertőzés.
Díjképzés:	Lásd: „A csoportos élet- és balesetbiztosítás elszámolásának rendje” alatt.

A csoportos élet- és balesetbiztosítás kockázatok területére vonatkozó megkötések / adatok:

Biztosítási esemény ⁴ :	"A" csoport Ft/kár/fő	"B" csoport Ft/kár/fő	"C" csoport Ft/kár/fő	"D" csoport Ft/kár/fő	"E" csoport Ft/kár/fő
Életbiztosítás					
Bármilyen okú halál ^{5,6}	1 500 000 Ft	2 500 000 Ft	3 000 000 Ft	4 000 000 Ft	5 000 000 Ft
Temetési költségterítés	200 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft
Balesetbiztosítás					
Baleseti halál	3 000 000 Ft	5 000 000 Ft	6 000 000 Ft	6 000 000 Ft	6 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halál (baleseti halál felett)	1 000 000 Ft	1 500 000 Ft	2 000 000 Ft	3 000 000 Ft	4 000 000 Ft
Baleseti rokkantság fix (1-10%)	30 000 Ft	50 000 Ft	60 000 Ft	100 000 Ft	150 000 Ft
Baleseti rokkantság arányos (11-100%)	3 000 000 Ft	5 000 000 Ft	6 000 000 Ft	6 000 000 Ft	6 000 000 Ft
A baleseti maradandó egészségkárosodás után járó szolgáltatás összege duplázódik, ha a baleseti sérülést közvetlen kiváltó ok: közlekedési baleset.					
Baleseti kórházi napi térítés (1-90 napig)	6 000 Ft	6 000 Ft	6 000 Ft	6 000 Ft	10 000 Ft
Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.					
Baleseti eredetű keresőképtelenség (folyamatos, megszakítás nélküli)					
- legalább 20 nap esetén, egyszeri	26 000 Ft	26 000 Ft	26 000 Ft	26 000 Ft	26 000 Ft
- legalább 30 nap esetén, egyszeri (további)	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft
- legalább 40 nap esetén, egyszeri (további)	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft	40 000 Ft
Baleseti műtéti térítés					
- kis	75 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft	125 000 Ft	150 000 Ft
- közepes	150 000 Ft	200 000 Ft	200 000 Ft	250 000 Ft	300 000 Ft
- nagy	300 000 Ft	400 000 Ft	400 000 Ft	500 000 Ft	600 000 Ft
- kiemelt	600 000 Ft	800 000 Ft	800 000 Ft	1 000 000 Ft	1 200 000 Ft
Csonttörés (Fix térítés)	50 000 Ft	50 000 Ft	50 000 Ft	75 000 Ft	100 000 Ft
Baleseti Égés	-	-	3 000 000 Ft	3 000 000 Ft	5 000 000 Ft
Baleseti költségterítés	-	-	25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft
Egészségbiztosítás					
TB (D,E) rokkantság	-	-	1 000 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Betegségi műtéti térítés					

⁴ A biztosítási esemény elnevezése eltérhet, de tartalmában le kell fednie a szolgáltatást.

⁵ Amely fedezet érvényes a COVID-19 és ezen kívül bármilyen vírus, illetve baktérium okozta fertőzőség miatt, vagy azzal összefüggésben bekövetkezett halál esetében is!

⁶ A Biztosító ÁSZF és KSZF dokumentumaiban foglaltak szerint azzal, hogy a biztosítási esemény elnevezése eltérhet, de tartalmában le kell fednie a szolgáltatást

- kis	-	-	-	25 000 Ft	25 000 Ft
- közepes	-	-	-	50 000 Ft	50 000 Ft
- nagy	-	-	-	100 000 Ft	100 000 Ft
- kiemelt	-	-	-	200 000 Ft	200 000 Ft
Kórházi napi térítés (1-90 napig)	-	-	3 000 Ft	4 000 Ft	5 000 Ft
Amennyiben a Biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.					
Betegség eredetű keresőképtelenség napi térítés (11-30 napig) (levonásos önrész)	-	-	2 000 Ft	3 000 Ft	5 000 Ft
Rettegett betegségek	-	-	250 000 Ft	500 000 Ft	1 000 000 Ft
Extra szolgáltatások:					
Rokkantság esetén az ingatlan átépítési (akadálymentesítés) költsége			1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	4 000 000 Ft
Átképzési támogatás megváltozott munkaképesség esetén	200 000 Ft	300 000 Ft	500 000 Ft	750 000 Ft	1 000 000 Ft
Gyermekszületési támogatás				200 000 Ft	200 000 Ft

Egyéb műszaki meghatározások / adatok:

1. A baleseti halál szolgáltatás a bármely okú halál szolgáltatáson felül értendő.
2. Bármely okú halál térítésbe tartozik azon esemény is, amikor a biztosítási esemény bekövetkezte erőszakos cselekményből ered, így különösen – de nem kizárólagosan – ha a biztosított személy neki nem felróható okból bűncselekmény áldozata lesz.
3. A baleseti maradandó egészségkárosodás után járó szolgáltatás összege duplázódik, ha a baleseti sérülést közvetlen kiváltó ok: közlekedési baleset.
4. Amennyiben a biztosított kórházi ápolása a kórház intenzív ellátást biztosító részlegén⁷ történik, úgy az intenzív ellátás napjaira a Biztosító az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg 150%-át téríti.
5. Kórházi napi térítés és a baleseti eredetű kórházi napi térítés számításába beleszámít az a nap is, amelyen a biztosított személyt a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésre felvették, valamint onnan elbocsátották.
6. Baleseti eredetű műtéti térítés esetén a Biztosító a feltételeiben, vagy egy külön mellékletben köteles egyértelműen a kis-, közepes-, nagy- és kiemelt műtét csoportbeosztás szerint a biztosítási eseményként megjelenített beavatkozásokat elkülöníteni.
7. Baleseti eredetű keresőképtelenség: A Szerződő, valamint a Biztosító megállapodnak, hogy a Biztosító a biztosítás tartamán belül a biztosított(ak) balesete miatt bekövetkezett, orvosilag igazolt munkaképtelen állapotba kerülésének (betegállomány) az okát/előzményét a baleseti jelleg kivételével nem vizsgálja, a téríthetőség (jogalap) vizsgálata a keresőképtelen állapot megvalósulására irányul. Vagyis a Biztosító

⁷ Az intenzív ellátást biztosító részlegén (osztályon) történő kórházi ápolás életveszélyes vagy kritikusan súlyos állapotban lévő betegek életfontosságú szerveinek működését segíteni és monitorozni tudó, illetve ezen szervek vitális működését mesterségesen pótolni képes (gépi lélegeztetés, vespótló kezelés, folyadékháztartás, gyógyszeres keringéstámogatás, stb.) ellátását, megfigyelését, ápolását és gyógykezelését jelenti.

baleseti eredetű keresőképtelenség esetére szolgáltatást nyújt a műszaki specifikációban rögzített - a csoportoktól függően meghatározott – kártérítési limit erejéig, függetlenül attól, hogy mi idézte elő a keresőképtelenségi állapotot, ha az egyébként baleseti eredetű. Jelen kiterjesztő záradék vonatkozásában balesetnek minősül különösen a rándulás, ficam, fagyás, napszúrás stb., így az ennek következtében bekövetkezett keresőképtelenség állapot esetére is szolgáltatást nyújt a Biztosító.

8. Rokkantság esetén az ingatlan átépítési (akadálymentesítés) költsége: maximum a csoport kategóriának megfelelő, megjelölt biztosítási összeg, számlával igazolandó a ténylegesen felmerült költség.
9. Átképzési támogatás megváltozott munkaképesség esetén: maximum a csoport kategóriának megfelelő, megjelölt biztosítási összeg, számlával igazolandó a ténylegesen felmerült költség.
10. Gyermekszületési támogatás: Egyösszegű kifizetés, ha a biztosítottnak vagy házastársának, élettársának gyermeke születik.

A kárrendezés területére vonatkozó megkötések / adatok:

KÁRRENDEZÉS:	
	A Biztosító vállalja dedikált kapcsolattartó biztosítását a szerződés teljes időtartama alatt, aki köteles munkanapokon munkaidőben (8-16) rendelkezésre állni, továbbá köteles egy kontakt személyt a szerződésben nevesíteni, amely
Dedikált kapcsolattartóval történő kommunikáció:	személytől a Szerződő a szolgáltatás nyújtására vonatkozó tájékoztatást és konkrét közreműködést kapnak. A szerződő Felek megállapodnak, hogy abban az esetben, ha a szerződésben megjelölt dedikált kapcsolattartó egyéb elfoglaltsága miatt, a vállalt feladatát nem tudja ellátni, akkor a Biztosító előzetesen a dedikált kapcsolattartó helyettesítéséről gondoskodni köteles úgy, hogy a szerződésben rögzített kommunikációs csatornák nem változhatnak (vagyis a megadott e-mail címre és telefonszámra érkező megkeresések kerüljenek a Biztosító által átirányításra).
Kárstatisztika nyilvántartása:	A Biztosító a saját rendszerében kárstatisztikai adatokat tart nyilván a biztosítási szerződés teljes futamideje alatt. A nyilvántartott adatok tekintetében a minimum adatszolgáltatási követelmény: káresemény dátuma, káresemény jellege (modulárisan), függő kártartalék, kifizetett kár összege, kárkifizetés dátuma, kár státusza,

	amennyiben a kár elutasításra került, akkor az elutasítás rövid indoklása, kárlezárás dátuma.
Kárstatisztika kiadása:	A Szerződő vagy az azt képviselő Alkusz írásos kérése esetén a fenti adatokkal a Biztosító a kárstatisztikai adatokat elektronikus formában kiadja a kérést követő 5 munkanapon belül.
A szolgáltatási igények tekintetében az elévülés:	A szerződő Felek megállapodnak, hogy ott, ahol a Biztosító meghivatkozott ÁSZF, KSZF dokumentumaiban az elévülés 1 évben van meghatározva, oda valamennyi esetben 2 évet értenek.
Káresemény bejelentésének időkorlátja:	A bekövetkezett káresemények kapcsán a szerződésben foglaltak szerint, alapvetően a biztosított (károsult), illetve adott esetben Szerződő a Biztosító felé bejelentést kötelesek tenni a biztosított esetében a káresemény bekövetkeztének, a Szerződő esetében a káresemény tudomásra jutásának dátumától számított 30 napon belül. A bejelentés a Biztosító feltételeiben foglalt határidőkhöz képesti elmaradása nem keletkeztet mentesülési és/vagy bármilyen egyéb hivatkozási alapot a szolgáltatás részleges és/vagy teljes megtagadására. A Biztosító a határidőn túli bejelentés kapcsán csak annyiban mentesül a szolgáltatás nyújtása alól, amely mértékben az idő múlásával az adott kártügy tekintetében lényeges dolgok, körülmények kideríthetlenné váltak.
Káresemény bejelentésének menete:	A fentiek szerinti, az adott káreseményt bejelentő természetes személy a Biztosító rendszeresített kárbejelentő formanyomtatványán, ennek hiányában lehetőség szerint elektronikus levélben megteszi bejelentését. A bejelentéskor a rendelkezésre állás függvényében a szerződő Felek az alábbi adatok megadását értik: a káresemény során bejelentést tevő természetes személy neve, elektronikus elérhetősége, telefonszáma, kapcsolatának minősége a káreseményben érintett biztosítóval, adott esetben a kedvezményezett azonosítása, szükség esetén azonosító okmánymásolatok. A káreseményben sérült és/vagy

	<p>érintett biztosított részéről annak neve, születési dátuma, e-mail címe, (mobil) telefonszáma. A bejelentésnek tartalmaznia kell – amennyiben erre akkor már lehetőség van - a káresemény rövid leírását, kimenetelét, illetve az ahhoz, a bejelentéskor már rendelkezésre álló kártügyben releváns dokumentumokat, a szerződés számát és/vagy Szerződő megnevezését. Amennyiben az adott kár kapcsán a biztosított személye egyértelműen meghatározható, akkor a Biztosító köteles a rendszerében a káreseményt akkor is rögzíteni, ha ahhoz a fentiekhez képest kevesebb adat áll a bejelentéskor a bejelentő rendelkezésére.</p>
Káresemény bejelentésének formái:	<p>A káresemény bejelentésére az alábbi lehetőségek állnak rendelkezésre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - személyesen a Biztosító ügyfélszolgálatán, - elektronikusan emailben vagy baleset és egészségbiztosítási fedezetek esetében a biztosító honlapján kialakított online kárbejelentő-felületen, - illetve postai úton a kárbejelentésre rendelkezésre álló időkorlát figyelembevételével.
Kárrendezés iránya:	<p>A Biztosító a bejelentett káreseményekkel kapcsolatban – lehetőség szerint - közvetlen veszi fel a kapcsolatot a biztosítottal, illetve annak hozzátartozóival vagy meghatalmazottjával, illetve kedvezményezettje(k)l.</p>
Kárfeldolgozás megkezdésének időkorlátja:	<p>A Biztosító a kárbejelentés beérkezésétől számítottan, a nyertes Biztosító ajánlata alapján a szerződésben rögzített határidőn belül megkezdí az adott kár feldolgozását.</p>
Online kárbejelentés esetén a kárfeldolgozás megkezdésének időkorlátja:	<p>Online kárbejelentés esetén a Biztosító 1 munkanapon belül visszajelzést ad a kárigény befogadásáról és a kárfeldolgozás megkezdéséről.</p>
A biztosítottság ellenőrzése:	<p>A Biztosító a káresemény tekintetében a Szerződőtől (ezen belül a biztosított, károsult közvetlen munkáltatói jogokat gyakorló vezetőjétől) nyilatkozatot kér az adott biztosított biztosítottságának, valamint csoportbesorolásának</p>

	ellenőrzése érdekében. A nyilatkozat aláírt és bélyegzővel ellátott dokumentumként, de a Szerződő részéről elektronikus formában is megadható.
Adott kárügyben a dokumentumszükséglet meghatározásának darabszáma:	Amennyiben a Biztosító már egyszer meghatározta és bekérte a kárrendezéshez szükséges dokumentumokat, úgy csak alapos és indokolt, előre nem látható ok miatt kérhet be az adott kárúghöz újabb dokumentumokat, abban az esetben, ha a biztosított, mint a kárigény benyújtója maradéktalanul beküldött minden korábban megkért dokumentumot.
Adott kárügyben a dokumentumszükséglet minőségének meghatározása:	A Biztosító elfogadja a jól olvasható formában, elektronikusan beérkező dokumentumokat, kivétel, ahol az eredeti dokumentum bekérése kifejezetten szükséges. Az eredetiben bekért dokumentumok közül azokat, amelyeket a biztosított, a beküldéskori nyilatkozata alapján részére visszaszolgáltatni kér, a Biztosító ajánlott, tértivevényes levélben köteles visszajuttatni.
Kárszámítás elkészítésének időkorlátja, gyorsított kárrendezés:	A Biztosító a bekért és ezen iratanyagok közül a legutolsónak megküldött dokumentum beérkezését követő 15 naptári napon belül a kárszámítást elkészíti és rendezett jogalap esetén elindítja a kárkifizetést.
Kárkifizetés irányának rögzítése:	A felek rögzítik, hogy a kárkifizetés iránya minden esetben a károsult biztosított (illetve annak törvényes örököse) felé történik meg, kivétel, ha biztosított előzetesen, nyilatkozatban másra engedményezte a kifizetést, ideértve a kedvezményezett jelölését is.
Kedvezményezett jelölő nyilatkozat:	A Biztosító a szerződés aláírásának időpontjában, vagy azt követő 15 napon belül rendelkezésre bocsátja az általa használt ún. kedvezményezett jelölésre szolgáló nyilatkozatot. Amennyiben a biztosított a nyilatkozaton érvényesen – legalább egy – haláleseti kedvezményezettet jelöl meg, abban az esetben a Biztosító a haláleseti szolgáltatást annak megfelelően teljesíti. A kedvezményezett jelölésre szolgáló nyilatkozatban foglalt adatok

	<p>valódiságáért, azok folyamatos időbeli megfelelése felől az adott biztosított szavatol. Szerződő és Biztosító megállapodnak, hogy a kedvezményezett jelölés, illetve módosítás akként is lehetséges, hogy a Biztosítottak önállóan, a Szerződő külön írásbeli hozzájárulása, aláírása nélkül jelölnek, illetve módosítanak kedvezményezettet. Ez alapján a Biztosított érvényesen jelölhet, illetve módosíthat kedvezményezettet anélkül, hogy a kedvezményezett-jelölő nyilatkozatot a Szerződő aláírja.</p>
<p>Egyéb kárrendezésre vonatkozó szabályok:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Biztosító hétköznapiokon, nyitvatartási időben dedikált telefonon hívható Ügyfélszolgálatot tart fent, melyen a biztosítással kapcsolatban tájékoztatás kérhető. 2. A Biztosító az által létrehozott dedikált weboldalon közzéteszi a kárrendezéshez szükséges dokumentumok listáját, valamint elérhetővé tesz egy Kárrendezési kisokost és GYIK gyűjteményt.

FELHÍVJUK AZ AJÁNLATTEVŐ(K) / BIZTOSÍTÓ(K) FIGYELMÉT, HOGY 8 MUNKAÓRA TEKINTENDŐ 1 MUNKANAPNAK.

3. sz. melléklet: Ártáblázat

CSOPORTOS ÉLET- ÉS BALESETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS

Szerződő/Üzembertartó megnevezése:	Fővárosi Vízművek Zrt.
------------------------------------	------------------------

Csoportok	Létszám (fő)	1 főre jutó biztosítási alapdíj (Ft/fő/év)	Kockázati szorzó	1 főre jutó biztosítási díj (Ft/fő/év)	Ajánlati ár (Ft/év)
"A" csoport létszáma	1225,0 fő	8 652 Ft	1,1100	9 604 Ft	11 764 900 Ft
"B" csoport létszáma	131,0 fő	12 324 Ft	1,1100	13 680 Ft	1 792 080 Ft
"C" csoport létszáma	0,0 fő	23 124 Ft	1,1100	25 668 Ft	0 Ft
"D" csoport létszáma	43,0 fő	35 328 Ft	1,1100	39 214 Ft	1 686 202 Ft
"E" csoport létszáma	5,0 fő	47 988 Ft	1,1100	53 267 Ft	266 335 Ft
Összesen	1404 fő				15 509 517 Ft

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

- a) Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt történt balesetével közvetlen okozati összefüggésben bekövetkezett fizikai sérülése, amely olyan maradandó (végleges) egészségkárosodással jár, melynek mértéke eléri vagy meghaladja a szerződésben meghatározott minimális értéket..
- b) A Biztosítási esemény bekövetkezte a baleset időpontja.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg jelen Különös Feltételek 3)b) pontja szerinti hányadának/többszörösének kifizetésére vállal kötelezettséget.
- b) A biztosítási összeg számításának módja lineáris. Azaz, a Biztosított baleseti eredetű, maradandó:
 - 11% alatti mértékű egészségkárosodása esetén a Biztosító a kötvényben szereplő biztosítási összeg 1%-át fizeti ki,
 - 11-99%-os egészségkárosodása esetén a Biztosító a kötvényben szereplő biztosítási összegnek a károsodás mértékével arányos részét fizeti ki,



- teljes, 100%-os egészségkárosodása esetén a Biztosító a kötvényben szereplő biztosítási összeget fizeti ki.

- c) A Biztosító a balesetből eredő rokkantság fokát a jelen Különös Feltételek elválaszthatatlan részét képező „Rokkantsági fok megállapítása” c. 1. számú mellékletének megfelelően állapítja meg.
- d) Az egészségkárosodás kizárólag akkor tekinthető maradandónak, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakult, stabilnak tekinthető.
- e) Az érzékszervek működőképességének részleges elvesztése esetén, a szolgáltatást legfeljebb a megfelelő rokkantsági fok 75%-ában lehet meghatározni.
- f) A balesetből eredő maradandó egészségkárosodás mértékét - tekintet nélkül a Biztosított foglalkozására - a Biztosító orvosa állapítja meg, más szakértői testületek döntésétől függetlenül.
- g) Az egészségkárosodás mértékének meghatározásakor az orvosszakértői vizsgálat alapján megállapított anatómiai károsodásból adódó funkciócsökkenést kell figyelembe venni, a munkaképesség csökkenéstől, munkaköri alkalmasságtól vagy sporttevékenységre képességtől függetlenül.
- h) A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.
-
- i) Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésekor már meglévő sérülés, állapot legalább 25%-os mértékben közrehatott a biztosítási eseménnyel összefüggő maradandó egészségkárosodás kialakulásában, a Biztosító a közrehatás mértékével csökkentett egészségkárosodás alapján szolgáltat.
- j) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított egészségi állapotát a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- k) Egy Biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű, maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-ot nem haladhatja meg. A szerződés tartama alatt bekövetkező balesetektől eredő maradandó baleseti sérülések mértékei (rokkantsági fokok) összegződnek. Amennyiben az összegzett rokkantsági fok eléri a 100%-ot, a biztosítási védelem az adott Biztosított tekintetében megszűnik.
- l) A Biztosító egy Biztosított vonatkozásában az adott biztosítási év során bekövetkező különböző balesetektől eredő, de következményeiket tekintve egymásra ható rokkantságot előidéző sérülések esetén, a legsúlyosabb következményekkel járó sérülésre teljesít szolgáltatást úgy, hogy a kifizetendő összeget a könnyebb sérülésekre már teljesített szolgáltatással csökkenti.
- m) A baleseti rokkantság mértékének megállapítására csonkolásos esetekben azonnal, egyéb esetekben a végállapot kialakulását követően, legkésőbb a baleset bekövetkezése után 2 évvel kerülhet sor. Amennyiben a rokkantság végleges foka meghaladja az előzetesen megállapított rokkantsági fokot, a Biztosító a rokkantsági fok különbségének megfelelő többletszolgáltatást fizeti ki.



n) Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

o) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



I. számú melléklet

Rokkantsági fok megállapítása

Testrész károsodása	Rokkantság foka
Mindkét felkar elvesztése	100%
Mindkét comb elvesztése	100%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
Egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik felső végtag könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik felső végtag könyökízület alatt való teljes elvesztése vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag combközép fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
Egyik alsó végtag combközépig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
Egyik alsó végtag lábszár közepéig való, vagy egyik lábfej teljes elvesztése vagy működésképtelensége	50%
Egyik lábfej boka szintjében való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Hüvelykujj (kézen) teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
Mutatóujj (kézen) teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Egyéb kézujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Beszélőképesség teljes elvesztése	60%
Szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Ízlelőképesség teljes elvesztése	5%



Baleseti eredetű kórházi ápolás esetén napi térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

- a) Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező balesetből eredő, annak bekövetkeztétől számított egy éven belüli, orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg ellátása, feltéve, hogy a kórházban eltöltött napok száma a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.
- b) Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, valamint az elbocsátás napja is, azonban jelen feltételek tekintetében nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak az az ellátás, mely során a kórházba történő felvétel és onnan történő elbocsátás között nem telik el 24 óra.
- c) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi felvétel (a fekvőbeteg-ellátás) 1. napja.
- d) Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.

(Adaptációs szabadság: pszichiátriai beteg alkalmazkodó szabadsága.)



3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (napi térítést) fizeti a Biztosított részére minden olyan npra (az önrészesedés típusát és tartamát figyelembe véve), amelyen a Biztosított jelen Különös Feltételekben meghatározott ellátásban részesül. Ez alól kivételt képeznek az önrészesedési időtartam napjai.
- b) Önrészesedési időtartam: a kórházi fekvőbeteg ellátásnak az első, kötvényben meghatározott számú naptól álló időszaka.
- c) Az önrész kötvényben meghatározott típusa a Szerződő választása szerint lehet:
- Meghaladáson: a Biztosító az önrészt meghaladó napokra visszamenőleg, a kórházi fekvőbeteg ellátás első napjától térít.
 - Levonáson: a térítési kötelezettség visszamenőleg nem áll fenn, az önrészesedési időtartam napjaira a Biztosító nem nyújt térítést.
 - Az önrészesedési időtartam az azonos balesetből eredő, egymást követő, többszöri folyamatos kórházi ápolási tartamok esetében minden egyes ápolási tartamra külön-külön érvényes, azaz ha a kórházi ápolás megszakítás után folytatódik, az ápolási napok nem adódnak össze.
- d) Egy balesetből eredően a Biztosító összesen legfeljebb 365 nap kórházi ápolási tartamra nyújt biztosítási fedezetet, amely 365 nap magában foglalja az önrészesedési időtartam napjainak számát is.
- e) A biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződő kérésére a Biztosító extra szolgáltatásként – külön díjazásért – a napi térítés 365 napban történő limitálásától eltekinthet.
- f) A kórházi ápolásra szóló szolgáltatás egyidejűleg csak egy biztosítási eseményre vehető igénybe. Újabb biztosítási eseményre kórházi ápolási szolgáltatás csak akkor teljesíthető, amikor az előző kórházi ápolás orvosilag egyértelműen befejeződött.
- g) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő kórházi ápolás;
- a kozmetikai és plasztikai műtéttel összefüggő kórházi ápolás.



Balesetből eredő időleges munkaképtelenség esetén egyszeri térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

- Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartamán belül baleset miatt bekövetkező, a biztosítási esemény kezdő napjától számított 30 napon belül orvosilag igazolt legalább 30 nap folyamatos munkaképtelen állapota (a továbbiakban: betegállomány), feltéve, hogy a betegállomány tartama a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.
- Amennyiben a betegállományt megszakítják, úgy a megszakítás utáni betegállományba kerülés új biztosítási eseménynek minősül, tehát az önrészesedési időszak erre a betegállományra is vonatkozik.
- Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.
(Adaptációs szabadság: pszichiátriai beteg alkalmazkodó szabadsága.)

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- A Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri szolgáltatást fizeti, ha a betegállomány tartama a rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.



- b) Önrészesedési időtartam: a betegállomány első, kötvényben meghatározott számú nappól álló időszaka.
- c) Az önrész mértéke a Szerződő egyedi igénye alapján kerül meghatározásra.
- d) A Biztosítót egy biztosítási időszak alatt egy Biztosított vonatkozásában egyszer terheli a szolgáltatási kötelezettség.
- e) Ha a Biztosított betegállománya különböző biztosítási években kezdődik, és végződik, ezen betegállomány minden napját ahhoz a biztosítási évhez kell számítani, amelyben a betegállomány megkezdődött (függetlenül attól, hogy erre az első napra a Biztosító nyújtott-e térítést).
- f) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási események:

- a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő kórházi ápolás;
- a kozmetikai és plasztikai műtéttel összefüggő kórházi ápolás.



Baleseti eredetű műtét esetére szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítotton a kockázatviselés tartamán belül orvosilag indokoltan végrehajtott sebészeti beavatkozás, melynek célja baleseti sérülés okozta krónos következmény megelőzése, megszüntetése vagy csökkentése.

A műtétek besorolása az Általános Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 1-4. számú mellékletében található.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri összeg kifizetésére vállal kötelezettséget a feltételben foglaltak szerint.
- b) A biztosítási összeg meghatározása:
 - kis műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 25%-át fizeti ki,
 - közepes műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 50%-át fizeti ki,
 - nagy műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (100%) fizeti ki,
 - kiemelt műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 200%-át fizeti ki.



- c) Amennyiben egy Biztosított esetében egy balesetből kifolyólag több műtéti csoportba sorolható műtét elvégzésére kerül sor, akkor az egy biztosítási eseménynek számít és a Biztosító az elvégzett műtétek közül a legmagasabb kategóriájú műtét után nyújtja a térítést.
- d) Ha a baleset jellegéből adódóan – akut szakorvosi ellátást igénylő helyzet következik be – az egyes csoportbeosztásokban (Általános Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 1-4. számú mellékletei) szereplő műtéti térítésre akkor van lehetőség, ha a baleset alkalmával elszenvedett sérülés – anatómiai elváltozás – szakorvosi lelettel igazolást nyer, és annak műtéti ellátására a szakma szabályai által meghatározott módon és időhatárokon belül sor kerül.
- e) A műtéti térítési csoportokból kizárásra kerül, ha az adott elváltozás és a műtéti lelet a klasszikusan értelmezett baleset fogalmával bizonyítható módon ellentmond egymásnak. E körbe tartoznak elsősorban azok az elváltozások, melyek meglétére egy bekövetkezett baleseti esemény hívja fel a figyelmet. Régebbi sérülés területén bekövetkező, műtétet igénylő újabb olyan baleset, mely a csoportosításokban szerepel, az adott csoport 50%-áig téríthető.
- f) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Csonttörés esetére szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkező baleseti eredetű mülékony sérülése, melynek következménye a Biztosított csonttörése, csontrepedése.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.
- A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Égési sérülésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett balesetéből eredő égési sérülése.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságának megfelelő hányadát fizeti ki.
- A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a következő:

Mélység	Testfelület			
	10-19%	20-49%	50-79%	80% felett
I. fokú	-	-	-	-
II. fokú	-	10%	25%	40%
III. fokú	20%	40%	100 %	160%
IV. fokú	40%	80%	200%	200%

- Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedésű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú (mélységű) sérülés figyelembevételével állapítja meg.
- A Biztosító szolgáltatása egy Biztosított tekintetében egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezte esetén sem haladhatja meg az égési sérülés kockázatra vonatkozó szerződésben meghatározott biztosítási összeg kétszeresét.



4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Baleseti rehabilitációs szolgáltatásra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (a továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkező balesetével okozati összefüggésben, a baleset időpontjától számított egy éven belül kialakuló, olyan maradandó egészségkárosodása, melynek következtében a Biztosítottnak a 3)b) pont szerinti, Magyarországon kiállított számlával igazolt költségei merülnek fel.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosított nevére és címére Magyarországon kiállított számlával igazolt költségeit téríti meg a kedvezményezett részére, biztosítási időszakonként legfeljebb a kötvényben meghatározott biztosítási összeg mértékéig.
- b) A Biztosító szolgáltatása szempontjából elismert költségek az egészségügyi szolgáltatók által a Biztosított részére teljesített, alábbi egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó, a Biztosított által megfizetett ellátási díjak:
 - gyógytorna,
 - fizioterápia,
 - fizioterápia.



- c) A Biztosító a közfinanszírozott társadalombiztosítási ellátásban igénybe vett, fenti kategóriákba sorolható egészségi ellátások vonatkozásában szolgáltatást nem teljesít.
- d) A Biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a Biztosított egészségi állapotát a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- e) Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a Biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
- f) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Baleseti költségtérítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia ÉletBiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett nem halálos kimenetelű balesete, amelynek következtében a Biztosított orvosi ellátást igénylő sérülést szenved és a baleset következtében a Biztosított ruházatában, poggyászában és személyi okmányjaiban kár keletkezik.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg erejéig megtéríti a Biztosított baleset során megsérült:

- ruházatának és poggyászában (a Biztosított nevére szóló számlával igazolt) javítási és tisztítási költségét,
- ruházatának és poggyászában káridőponti avult értékét, amennyiben a ruházat és poggyász olyan mértékben károsodott, hogy helyreállítása, javítása nem lehetséges,
- személyes okmányainak újbóli beszerzési költségét,
- a baleset következményeként elmulasztott, de már a baleset előtt kifizetett verseny(ek) nevezési díjának összegét.

b) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.



4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- órákra (15.000 Ft értékhatár fölött), ékszerekre, fél- és drágakövekre, nemesfémekre, nemesszőrmékre, képzőművészeti alkotásokra,
- műtárgyakra, régiségekre, gyűjteményekre, bútorokra,
- készpénzre, belföldi vagy külföldi bankjegyekre, csekkekre, postai utalványokra, utazási csekkekre, takaréketkönyvre, utazási jegyekre, bankkártyákra (debit és credit típusúakra egyaránt), bármilyen fajtájú értékpapírra, üzemanyag kártyára vagy üzemanyag jegyre, menetjegyre és egyéb jegyekre,
- sportszerekre és az ezekhez kapcsolódó felszerelésekre,
- árumintákra, szerszámokra, munkavégzés céljára szolgáló eszközökre, élelmiszerekre,
- szemüvegre, kontaktlencsére
- műszaki cikkekre és tartozékaikra - így különösen, de nem kizárólagosan asztali számítógépre, hordozható személyi számítógépre, rádióra, fényképezőgépre, televízióra, mobiltelefonra, felvevő és lejátszó készülékekre.
- járművekre és tartozékaikra, alkatrészekre
- a beszerzéskor 50.000 Ft egyedi értéket meghaladó ruházatra, poggyászra, és azok tartozékaira.



Közlekedési baleseti eredetű halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia ÉletBiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett közlekedési balesetéből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
- A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Betegségből eredő időleges munkaképtelenség esetén napi térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosítók által kiadott Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Általános Feltételei, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

- Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező betegségből eredő, a betegség bekövetkezésének napjától számított 30 napon belül orvosilag igazolt munkaképtelen állapota (a továbbiakban: betegállomány), feltéve, hogy a betegállomány tartama a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.
- Amennyiben a betegállományt megszakítják, úgy a megszakítás utáni betegállományba kerülés új biztosítási eseménynek minősül, tehát az önrészesedési időszak erre a betegállományra is vonatkozik (azaz az új biztosítási esemény tekintetében is meg kell haladnia a betegállomány tartamának a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot).
- Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.

(Adaptációs szabadság: pszichiátriai beteg alkalmazkodó szabadsága.)



3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (napi térítést) fizeti a Biztosított részére a betegállomány minden napjára az önrészesedés típusát és tartamát figyelembe véve.
- b) Önrészesedési időtartam: a betegállomány első, kötvényben meghatározott számú naptól álló időszaka.
- c) Az önrész kötvényben meghatározott típusa a Szerződő választása szerint lehet:
 - Meghaladásos: a Biztosító az önrészt meghaladó napokra visszamenőleg, a táppénzes állomány első napjától térít.
 - Levonásos: a térítési kötelezettség visszamenőleg nem áll fenn, az önrészesedési időtartam napjaira a Biztosító nem nyújt térítést.
- d) A szolgáltatás biztosítási évenként legfeljebb 100 napi térítés lehet.
- e) A biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződő kérésére a Biztosító extra szolgáltatásként – külön díjazásért – a napi térítés 100 napban történő limitálásától eltekinthet.
- f) Ha a Biztosított betegállománya különböző biztosítási években kezdődik, és végződik, ezen betegállomány minden napját ahhoz a biztosítási évhez kell számítani, amelyben a betegállomány megkezdődött (függetlenül attól, hogy erre az első napra a Biztosító nyújtott-e térítést).
- g) Jelen biztosításban a Biztosító csak a Magyarországon eltöltött betegállományi napokra nyújt szolgáltatást.
- h) A biztosítás megkötéséhez a Biztosító egészségi nyilatkozat kitöltésére kötelezheti a Biztosítottakat.
- i) Amennyiben a Biztosító az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekben foglaltaktól eltér egyes Biztosítottak tekintetében, a kockázatviselés kezdete az egészségi nyilatkozat beérkezését követő nap 0. órájakor kezdődik.
- j) Jelen fedezet tekintetében a Biztosító a szerződés megkötésétől számított 3 hónap várakozási időt köt ki. Az ezen idő alatt kezdődő betegállományra egyszeri térítést abban az esetben sem teljesít a Biztosító, ha annak tartama a várakozási időn túl is fennáll. Az egyes Biztosítottakra vonatkozó várakozási idő kezdete a rájuk vonatkozó kockázatviselés kezdetével azonos.
- k) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.



4) A kockázatviselésből kizárt események

a) Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő ellátás;
- a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés;
- a kozmetikai és plasztikai műtét, kivéve, ha az betegség következtében fellépő szövetelváltozások helyreállítására irányul;
- a krónikus vesedialízissel kapcsolatos kórházi kezelés;
- a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;
- az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.

b) A csoportos biztosításba a tartam alatt újonnan bejelentett, a bejelentéskor keresőképtelen állományban lévő biztosított tekintetében a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn. A felek ettől eltérően is megállapodhatnak.



Betegségből eredő kórházi napi térítésre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

- a) Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartamán belül bekövetkező betegségből eredő, annak bekövetkeztétől számított egy éven belüli orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátása, feltéve, hogy a kórházban eltöltött napok száma a kötvényben rögzített önrészesedési időtartamot meghaladja.
- b) Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel és elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt az orvosi ellátással összefüggésben. A napok számításánál minden kórházi nap egész napnak számít, így a felvétel, valamint az elbocsátás napja is, azonban jelen feltételek tekintetében nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak az az ellátás, mely során a kórházba történő felvétel és onnan történő elbocsátás között nem telik el 24 óra.
- c) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a kórházi felvétel (a fekvőbeteg-ellátás) 1. napja.
- d) Jelen biztosítás szempontjából nem minősül kórházi fekvőbeteg ellátásnak az adaptációs szabadság időtartama.

(Adaptációs szabadság: pszichiátriai beteg alkalmazkodó szabadsága.)



3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget (napi térítést) fizet a Biztosított részére minden olyan napra (az önrészesedés típusát és tartamát figyelembe véve), amelyen a Biztosított jelen Különös Feltételekben meghatározott ellátásban részesül. Ez alól kivételt képeznek az önrészesedési időtartam napjai.
- b) Önrészesedési időtartam: a kórházi fekvőbeteg ellátásnak az első, kötvényben meghatározott számú nappól álló időszaka.
- c) Az önrész kötvényben meghatározott típusa a szerződő választása szerint lehet:
- Meghaladásos: a Biztosító az önrészt meghaladó napokra visszamenőleg, a kórházi fekvőbeteg ellátás első napjától térít.
 - Levonásos: a térítési kötelezettség visszamenőleg nem áll fenn, az önrészesedési időtartam napjaira a Biztosító nem nyújt térítést.
 - Az önrészesedési időtartam az azonos betegségből eredő, egymást követő, többszöri folyamatos kórházi ápolási tartamok esetében minden egyes ápolási tartamra külön-külön érvényes, azaz ha a kórházi ápolás megszakítás után folytatódik, az ápolási napok nem adódnak össze.
- d) Egy betegségből eredően a Biztosító összesen legfeljebb 365 nap kórházi ápolási tartamra nyújt biztosítási fedezetet, amely 365 nap magában foglalja az önrészesedési időtartam napjainak számát is.
- e) A biztosítási szerződés megkötésekor a Szerződő kérésére a Biztosító extra szolgáltatásként – külön díjazásért – a napi térítés 365 napban történő limitálásától eltekinthet.
- f) A kórházi ápolásra szóló szolgáltatás egyidejűleg csak egy biztosítási eseményre vehető igénybe. Újabb biztosítási eseményre kórházi ápolási szolgáltatás csak akkor teljesíthető, amikor az előző kórházi ápolás orvosilag egyértelműen befejeződött.
- g) A Biztosító a betegség következtében bekövetkező biztosítási esemény tekintetében, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási időt köt ki. A várakozási időn belül bekövetkező megbetegedés következtében szükséges kórházi fekvőbeteg ellátást a Biztosító akkor sem tekinti biztosítási eseménynek, ha a megbetegedés miatti kórházi fekvőbeteg-ellátás a várakozási idő letelte után is tart.
- h) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9). pontjában található.



4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül jelen biztosítás szempontjából nem minősül biztosítási eseménynek:

- **a Biztosított veleszületett rendellenességeivel összefüggő ellátás;**
- **a mesterséges megtermékenyítés és fogamzásgátlás valamennyi formájával kapcsolatos vizsgálat, beavatkozás, kórházi kezelés;**
- **a kozmetikai és plasztikai műtét, kivéve, ha az betegség következtében fellépő szövetelváltozások helyreállítására irányul;**
- **a krónikus vesedialízissel kapcsolatos kórházi kezelés;**
- **a pszichiátriai betegségek és egyéb nem organikus idegbetegségek miatti kórházi ápolás, a pszichoterápiás kórházi gyógykezelés;**
- **az alkohol-elvonókúra, illetve a drogfüggőség megszüntetésére irányuló kezelés.**



Betegségből eredő műtét esetére szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosítotton a kockázatviselés tartamán belül orvosilag indokoltan végrehajtott sebészeti beavatkozás, melynek célja betegség okozta kóros következmény megelőzése, megszüntetése vagy csökkentése.

A műtétek besorolása az Általános Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételek 1-4. számú mellékletében található.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri összeg kifizetésére vállal kötelezettséget a feltételben foglaltak szerint.
- b) A biztosítási összeg meghatározása:
 - kis műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 25%-át fizeti ki
 - közepes műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 50%-át fizeti ki
 - nagy műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki
 - kiemelt műtét esetén a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeg 200%-át fizeti ki
- c) Amennyiben egy Biztosított esetében egy betegségből kifolyólag több műtéti csoportba sorolható műtét elvégzésére kerül sor, akkor az egy biztosítási



eseménynek számít és a Biztosító az elvégzett műtétek közül a legmagasabb kategóriájú műtét után nyújtja a térítést.

- d) A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap várakozási időt köt ki.**
- e) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.**

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Rettegett betegségekre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított esetében a kockázatviselés ideje alatt az alábbi részletesen meghatározott orvosi diagnózisok megállapítása:

- a) **Rosszindulatú daganat (rákbetegség) alapvető tulajdonságai:** Befolyásolhatatlan növekedés és a rosszindulatú sejtek behatolása más szövetekbe. A csoporthoz tartoznak az ismert rákos megbetegedéseken kívül a leukémiák (kivétel a krónikus limphoid leukémia) és a limphomák. A diagnózist onkológus szakorvosnak kell igazolnia.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a betegség első diagnózisának időpontja.

- b) **Szívinfarktus:** A vérkeringésnek egy, a szívizom körülírt részén történt elakadása következtében kialakult helyi szívizomelhalás. A diagnózist a következő tények együttes fennállására kell alapozni:

- Típusos mellkasi fájdalom
- Friss és bizonyító EKG eltérés
- Szívizom elhalására specifikus enzimek felszaporodása a vérben

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szívinfarktus diagnózis felállításának napja.

- c) **Agyi érkatasztrófa:** 24 órán túl is maradandó, 30 nap után is észlelhető idegrendszeri tüneteket okozó agyi értörténés, beleértve az agyszövetek infarktuszát, az agyvérzést és az agyembóliát koponyán kívüli forrásból. A tartós idegrendszeri károsodást egy

neuroológusnak kell megerősítenie legkorábban 6 héttel az esemény után, ennél korábbi szolgáltatási igényt a Biztosító nem fogad be. Ki vannak zárva olyan agyi tünetek, mint például a migrén, traumából, vagy csökkent oxigéntartalomtól származó agyi sérülés, a szemet vagy a látóideget érintő érrendszeri betegségek, az egyensúlyi rendszer vérellátási rendellenességei.

Az ide tartozó kórképek:

- Agyszövet elhalása érelzáródás következtében (trombózis)
- Nem baleseti eredetű koponyán belüli vagy agyhártya alatti vérzés
- Koponyán kívüli eredetű agyembólia (baleseti eredet kizárva)

A biztosítási esemény bekövetkezése a bénulásos állapot végleges kialakulásától számított 60. nap után állapítható meg.

d) Életfontosságú szervek átültetése: Szív- és tüdőátültetés, vese transzplantáció, első alkalommal, ha a szervet a Biztosított kapja.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szervátültetés napja.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott egyszeri biztosítási összeget fizeti ki.
- b) A jelen biztosítási szerződés alapján ugyanazon Biztosítottra a biztosítási összeg a tartamon belül csak egyszer kerülhet kifizetésre, mely biztosítási eseményt követően a Biztosítottra vonatkozóan a rettegett betegségek fedezetre szóló kockázatviselés megszűnik. Egy időben több betegség fellépése vagy a biztosítási összeg kifizetése után bekövetkező újabb megbetegedés miatt a Biztosító további kifizetést nem teljesít.
- c) Valamely diagnózis megállapítása csak akkor számít biztosítási eseménynek, ha a megállapítást követően a Biztosított legalább 30 napig életben van, függetlenül attól, hogy a diagnózis megállapítását követően a biztosítási szerződés akár a Szerződőre, akár a Biztosítottra vonatkozóan utóbb megszűnt-e.
- d) A rendelkezésre álló orvosi iratok alapján az esemény bekövetkezésének tényét és időpontját a Biztosító orvosa bírálja el - a diagnózis bekövetkeztétől számított 31. és 60. nap között. A Biztosító jogosult a Biztosítottat saját orvosával is megvizsgáltatni.
- e) A biztosítás megkötéséhez minden Biztosított egészségi nyilatkozata és 12 elvezetési EKG vizsgálata szükséges. Ezen felül a Biztosító további orvosi vizsgálatot is előírhat.
- f) Amennyiben a Biztosított 12 elvezetési EKG vizsgálati leletet nem bocsátja a Biztosító rendelkezésére és a hiánypótlásra való felhívás ellenére sem kerül pótlásra, a Biztosító a szívinfarktusból eredő biztosítási eseményeket kizárja a kockázatviselés köréből.



- g) A Biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki (adott Biztosított tekintetében a rá vonatkozó kockázatviselési kezdettől számítva). A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási eseményre a Biztosító nem térít.
- h) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményeken felül a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- a nem invazív, helyi (lokalizált, carcinoma in situ) rákféleségek (beleértve a CIN-1, CIN-2, CIN-3 típusú cervicalis dysplasiát is), vagy amelyeket szövettanilag rosszindulatúvá válása előtti állapotúnak írtak le
- a malignus melanoma kivételével a bőrrákok (ide értve a festékes anyajegyek rosszindulatú elfajulását is)
- melanomák, amelyek a szövettani vizsgálat szerint kevesebb, mint 1,5 mm vastagságúak, vagy amelyek ráterjedése a „Clark Level 3” mélységet nem éri el
- a bőr valamennyi fokozott elszarusodásával járó állapota, illetve basalsejtes rákja
- a bőr valamennyi pikkelysejt karcinómája, kivéve amennyiben más szervekre is áttért
- Kaposi szarkóma és a HIV fertőzéshez, illetve az AIDS-hez kapcsolódó egyéb daganatok
- prosztataraák, melyet szövettanilag TNM klasszifikáció T 1-ként írtak le (beleértve a T 1 (a), vagy T 1 (b), vagy ennek megfelelő vagy más alacsonyabb klasszifikációt is).



Rokkantságra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkező és az illetékes magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen, még a biztosítás tartama alatt megállapított 70%-ot elérő mértékű össz-szervezeti egészségkárosodása (korábban D, E kategória), feltéve, hogy a rokkantositást eredményező betegség vagy baleset a biztosítás kockázatviselése alatt következett be.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a biztosítási esemény bejelentésekor a Biztosított életben van.
- A Biztosító 3 hónap várakozási időt köt ki a nem baleseti rokkantsági szolgáltatásra (a szerződéskötéskor már a Biztosított körben lévők esetében a szerződéskötéstől számítva; a Biztosított körbe újonnan belépők esetében a belépés napjától számítva). A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási eseményre a Biztosító nem fizet szolgáltatást.
- A várakozási idő nem vonatkozik arra az esetre, ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetét követően fellépő heveny fertőző betegség (előzmény nélkül hirtelen fellépő bakteriális, vírusos, gombás, vagy protozoon okozta megbetegedés) következtében rokkant meg.
- A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.



4) A kockázatviselésből kizárt események

Egész Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



Baleseti eredetű halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett balesetéből eredő, a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belüli halála.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.
- A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.

Gyermekszületési támogatásra szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény következik be, ha a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt gyermeke születik. A biztosítási esemény időpontja a gyermek születésének időpontja.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- a) A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztekor a kötvényben rögzített biztosítási összeget fizeti ki.
- b) Ikerszülés, vagy többes szülés esetén a Biztosító a biztosítási összegnek a született gyermekek száma szerinti többszörösét fizeti ki.
- c) A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 9 hónap várakozási időt köt ki.
- d) A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13.) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.

Halálesetre szóló csoportos biztosítás különös feltételei

1) Általános rendelkezések

Jelen Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Különös Feltételek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Feltételek csak az Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek. Jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító által kiadott Általános Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítás Feltételek, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

2) Biztosítási esemény

Jelen feltételek keretében biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett halála.

3) A Biztosító teljesítése, a teljesítés feltételei

- A biztosítási esemény bekövetkeztekor a Biztosító a kötvényben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére, vagy kedvezményezett jelölés hiányában a Biztosított örököse részére.
- Adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító halálesetre vonatkozó kockázatviselése megszűnik azon nap 24. órájával, amikor a Biztosított betölti 70. életévét.
- A Biztosító 3-hónap várakozási időt köt ki (adott Biztosított tekintetében a rá vonatkozó kockázatviselési kezdettől számítva). A várakozási idő alatt bekövetkező biztosítási eseményre a Biztosító nem térít.
- A szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok teljes felsorolása az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 9) pontjában található.

4) A kockázatviselésből kizárt események

Az Általános Csoportos Élet-, Baleset és Egészségbiztosítási Feltételek 13) pontjában meghatározott eseményekre a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki.



CIG PANNÓNIA
BIZTOSÍTÓ

CIG Pannónia

Általános

Csoportos Élet-, Baleset és

Egészségbiztosítási

Feltételek

Hatályos: 2024.10.10-től



Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	2
ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK.....	3
1) Bevezetés.....	3
2) Fogalmak.....	4
3) A Szerződés alanyai.....	6
4) Területi hatály.....	7
5) A szerződés létrejötte és hatályba lépése.....	7
6) A szerződés tartama, a biztosítási évforduló és a biztosítási időszak.....	9
7) Kockázatviselés kezdete, a biztosított jogviszony létrejötte és megszűnése.....	9
8) Felek kötelezettségei.....	10
9) A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok.....	14
10) Várakozási idő.....	19
11) Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam.....	19
12) A Biztosító mentesülése.....	19
13) Kockázatkizárások.....	20
14) Jognyilatkozatok.....	21
15) A kockázatviselés megszűnése.....	21
16) A biztosítási szerződés megszűnése.....	22
17) Egyéb rendelkezések.....	22
18) Adatkezelési tájékoztató.....	23
19) Panaszokkal kapcsolatos tájékoztató.....	23
20) Mellékletek.....	24
1. számú melléklet: Kis műtétek.....	24
2. számú melléklet: Közepes műtétek.....	27
3. számú melléklet: Nagy műtétek.....	32
4. számú melléklet: Kiemelt műtétek.....	36

ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

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: 14440306-4-44, továbbiakban: Biztosító) Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási szerződéseire (továbbiakban: biztosítás) alkalmazni kell, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték. Az itt nem szabályozott kérdésekben a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek, valamint a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

b) Az ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK és a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK együtt értelmezendők. Az egyes biztosítási szerződésekre vonatkozó KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben és Záradékokban foglaltak eltérő rendelkezéseket tartalmazhatnak. A jelen ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK-től és a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-től történő bármilyen –a jogszabályok által lehetővé tett – eltérés kizárólag a Szerződő és a Biztosító egyedi, írásba foglalt megállapodása alapján lehetséges.

c) A biztosítási szerződés az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – részekből áll, melyek együttesen képezik a biztosítási szerződés feltételeit:

- csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés,
- az ajánlat és annak valamennyi melléklete,
- fedezetet igazoló dokumentum (továbbiakban: „kötvény”),
- Ügyféltájékoztató,
- Általános Szerződési Feltételek,
- Különös Szerződési Feltételek,
- Adózási tájékoztató,
- Záradékok,
- 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. A kötvény a szerződés létrejöttének visszaigazolása.

e) Az ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK, a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK és a Záradékok, illetve a Felek írásbeli megállapodásának ellentmondása esetén a rendelkezések értelmezési sorrendje a következő: 1. Felek írásbeli megállapodása; 2. Záradék(ok); 3. KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK; 4. ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK.

f) **A Biztosító jelen biztosítási terméket tanácsadás nélkül értékesíti.**

g) A Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: „Ptk.”) rendelkezéseitől, és a szokásos szerződési gyakorlattól eltérő rendelkezések dőlt betűvel szedettek.

h) A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: „Bit.”) 152. §, valamint 4. számú melléklete szerinti ügyfél tájékoztatásnak megfelelő – a külön dokumentumként a biztosítási szerződés részét képező Ügyféltájékoztató által nem tartalmazott – rendelkezések félkövér betűvel szedettek. A félkövér betűvel szedett rendelkezések, valamint az Ügyféltájékoztató együttesen képezi az ügyfelek Bit. 152. § és 4. számú melléklete szerinti tájékoztatását.

i) 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.

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

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

c) **Biztosítási esemény:** a **KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben meghatározott események minősülnek biztosítási eseménynek, az ott leírtak szerint.**

d) **Biztosítási fedezetek:** azon események összessége, amelyek vonatkozásában a Biztosító viseli a kockázatot és a vonatkozó **KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben**



foglaltak szerint biztosítási szolgáltatást teljesít.

- e) **Csoport:** a Biztosítottak köre. A Biztosítottak meghatározása valamely szervezethez való tartozásuk, a Biztosítottak és a Szerződő fél között fennálló jogviszony vagy egyéb kapcsolat alapján történik, és a Biztosító kockázatának vizsgálatára és vállalására a csoportra tekintettel kerül sor.
- f) **Előzmény nélküli betegség, baleset vagy kóros állapot:** az a betegség, baleset vagy kóros állapot, amely nem áll okozati összefüggésben a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott, vagy kórismézett, illetve kezelést igénylő betegséggel, balesettel, kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással.
- g) **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 lévő 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.
- h) **Gépjármű:** olyan jármű, amelyet beépített erőgép hajt. A mezőgazdasági vontató, a lassú jármű, a segédmotoros kerékpár és a villamos nem minősül gépjárműnek.
- i) **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 kórmegeállapítás céljából hajtottak végre. A műtétek kis-, közepes-, nagy- és kiemelt műtét kategóriákba besorolását jelen ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK 1-4. számú mellékletei tartalmazzák. A műtétek WHO kódok szerinti besorolásának részletes listája a Biztosító honlapján tekinthető meg: <https://www.cigpannonia.hu/api/documents/download/15914560>.

Jelen ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK alkalmazása szempontjából nem minősül műtétnek:

- a degeneratív jellegű, ortopéd típusú megbetegedések kezelése;
 - kizárólag a bőrt, bőr alatti kötőszövetet ért sérüléseket követő
 - olyan beavatkozás, amely sebkimetszésből, bőrvarratból áll;
 - a sérült fogak eltávolítása;
 - a szövetelhalással nem járó és műtéti megoldást nem igénylő égési, fagyásos sérülések kezelése;
 - a csőtükrözéssel végzett ízületi diagnosztikus és terápiás beavatkozás (arthroscopia), ha ezen beavatkozást műtéti feltárás nem követi.
 - Jelen feltételek értelmében nem jár műtéti térítés, ha a sérülés ellátására ambuláns módon vagy egy napos kórházi tartózkodás formájában kerül sor.
 - A műtéti térítés jelen feltételek 1-4. számú mellékleteiben foglalt csoportjaiba nem tartoznak bele (azaz nem minősülnek biztosítási eseménynek) azok az egyéb kórképek, melyek miatt végzett műtétek nincsenek közvetlen okozati összefüggésben az adott baleseti eseménnyel vagy betegséggel.
- j) **Munkahelyi baleset:** az a baleset, amely a munkavállalót a szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló



(sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül. A munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó közlekedés, anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkeztetés, foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri. Nem tekinthető munkavégzéssel összefüggésben bekövetkező balesetnek (munkabalesetnek) az a baleset, amely a sérültet a lakásáról (szállásáról) a munkahelyére, illetve a munkahelyéről a lakására (szállására) menet közben éri, kivéve, ha a baleset a munkáltató saját tulajdonában álló, bérleti vagy más szerződés alapján, továbbá egyéb megállapodás alapján biztosított járművel történt, de a szerződő felek külön megállapodása alapján munkahelyi baleset fogalma kiterjeszthető erre is.

3) A Szerződés alanyai

3.1) Biztosító

- a) az a jogi személy, amely a Csoportos Biztosítás tekintetében – a biztosítási díj megfizetése ellenében – a biztosítási kockázatot viseli, és a jelen feltételekben meghatározott esetekben, módon és mértékben biztosítási szolgáltatást nyújt.

3.2) Szerződő

- a) A biztosítani kívánt csoportok biztonságának megóvásában érdekelt jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet (a továbbiakban: személy), aki a biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötöti és a szükséges érvényes jognyilatkozatokat teszi, a biztosítással kapcsolatosan a Biztosítottaknak kötelezően tájékoztatást nyújt, és a biztosítás tartama alatt a biztosítási díjfizetést teljesíti.

3.3) Biztosított

- a) Az a természetes személy, akit a Szerződő az általa meghatározott valamely biztosított csoport tagjaként megjelöl, és aki a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor 1 éves már elmúlt, de 70. életétévét még nem töltötte be. Az adott Biztosítottra vonatkozóan belépési kor a kockázatviselés kezdetének éve és a Biztosított születési évének különbsége. A Biztosított aktuális kora a belépési korból számítható: minden biztosítási évfordulón eggyel nő.
- b) A Biztosított nem jogosult Szerződőként belépni a Szerződésbe.

3.4) Kedvezményezett

- a) Az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatásra jogosult. Ha a szerződésben más Kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a Kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen, úgy
- a Biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a Biztosított,
 - a Biztosított halála esetén esedékes szolgáltatások Kedvezményezettje a Biztosított örököse.

- b) Jogi személy csak haláleseti szolgáltatás esetén jelölhető Kedvezményezettként.

c) Több Kedvezményezett jelölése esetén a közöttük lévő részesedési arány összege 100% kell, hogy legyen.

d) A Szerződő fél a Kedvezményezettet a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéseig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg, a Biztosított írásbeli hozzájárulásával.

4) Területi hatály

a) A betegségbiztosítások kivételével – a világ összes országára kiterjed a Biztosító kockázatviselése.

b) A betegségbiztosítások esetében a Biztosító kockázatviselése csak a Magyarországon bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki, azaz a kárrendezés során kizárólag Magyarországon kiállított, magyar nyelvű dokumentáció fogadható be ezen fedezetek esetében. A Csoportos Biztosítási Szerződés a fentiekől eltérő területi hatályt is rögzíthet.

5) A szerződés létrejötte és hatályba lépése

a) A jelen feltételekre történő hivatkozással megkötött biztosítási szerződés a Szerződő ajánlatának a Biztosító által történő elfogadásával, írásban jön létre.

b) **A Csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jön létre. A biztosítás akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges, 60 napon belül - nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a biztosítási szerződés az ajánlat Biztosító vagy Biztosító képviselője általi átvételétől számított 16. napon - amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat vagy orvosi vizsgálat szükséges a 61. napon - jön létre az ajánlat tartalma szerint és arra a napra visszamenőleges hatállyal, amelyen a biztosítási ajánlatot a Biztosító vagy a Biztosító képviselője átvette. Ha a szerződést nem írásban kötötték meg, a Biztosító köteles a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (biztosítási kötvényt) kiállítani. Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító ÁLTALÁNOS CSOPORTOS ÉLET-, BALESET- és EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK-től, a Biztosító a szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEKNEK megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a szerződést 30 napra írásban felmondhatja.**

c) Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig – ha az ajánlat



elbírálásához egészségügyi kockázatelbírálásra van szükség, 60 napig - kötve van.

- d) Az ajánlat esetleges elutasítását a Biztosító nem köteles indokolni.
- e) A biztosítási szerződés megkötését követően, a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül a Biztosító a Szerződőt bizonyítható és azonosítható módon, egyértelműen tájékoztatja a biztosítási szerződés létrejöttéről, kötvény kibocsátásával.
- f) Ha a fedezetet igazoló dokumentum a Szerződő ajánlatától eltér, és az eltérést a Szerződő a dokumentum kézhezvételét követően késsedelem nélkül (15 napon belül) nem kifogásolja, a szerződés a fedezetet igazoló dokumentum szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő figyelmét a fedezetet igazoló dokumentum átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- g) A Biztosító jogosult a szerződés hatálybalépését vagy valamely Biztosított szerződésbe való belépését megelőzően a Biztosított egészségi állapotával, szabadidős tevékenységével, foglalkozásával kapcsolatos kérdéseket feltenni, (továbbiakban: egészségi nyilatkozat), illetve orvosi vizsgálatot előírni a kockázat felmérése érdekében. A Biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az Egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- h) A Biztosító az orvosi vizsgálat teljes költségét a Szerződőre terheli és a befizetett díj orvosi vizsgálat költségével csökkentett értékét fizeti vissza a Szerződő részére, ha a Szerződő az ajánlat elbírálásához szükséges orvosi vizsgálat megkezdése után:
- a szerződés megkötésétől eláll,
 - az ajánlattól eltérő tartalommal létrejött szerződést a kötvény kézhezvételét követően késsedelem nélkül (15 napon belül) kifogásolja, és ennek következtében a szerződés nem jön létre,
 - a Biztosító felhívása ellenére az ajánlat hiányosságait nem pótolja és a Biztosító az ajánlatot elutasítja.
- i) **Amennyiben a kockázatelbírálás ideje alatt biztosítási esemény következne be, úgy a Biztosító csak akkor élhet az elutasítás jogával, ha erre a lehetőségre az ajánlaton vagy a kiegészítő fedezet létrejötte iránti nyilatkozaton a figyelmet kifejezetten felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat vagy a kiegészítő fedezet létrejötte iránti nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.**
- j) A Biztosító jogosult az egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat eredményétől függően a biztosítási védelem kiterjesztését a csoport egyes tagjaira teljes egészében, vagy csak bizonyos szolgáltatásokra vonatkozóan korlátozni, visszautasítani, illetve a korábban megállapított díjat módosítani.
- k) **A biztosítási szerződés létrejöttéhez, módosításához, megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulása nem szükséges.**



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

- a) **A biztosítás a Szerződő által meghatározott határozott vagy határozatlan időtartamra jön létre.**
- b) **A felek erre irányuló külön megállapodásával**
 - **a szerződés egy évnél rövidebb, határozott tartamra is létrejöhet, vagy**
 - **a naptári évtől eltérő biztosítási év a naptári évhez igazítható.**
- c) **A biztosítási évforduló minden évnek a kockázatviselés kezdetének napjával megegyező napja. Ha egy évben nincs ilyen nap, akkor az adott hónap utolsó napja.**
- d) **A biztosítási időszak a biztosítás tartamán belüli, az egyes biztosítási évfordulók közötti 1 év.**
- e) **Jelen feltételek alapján létrejött egy éves határozott tartamú biztosítási szerződés további egy évvel változatlan feltételekkel automatikusan meghosszabbodik akkor, ha a tartam lejáratára előtt legkésőbb 30 nappal egyik fél sem tájékoztatja írásban a másik felet arról, hogy nem kívánja a szerződés automatikus meghosszabbítását. Ezt a szabályt a hosszabbítás leteltekor is megfelelően alkalmazni kell.**

7) Kockázatviselés kezdete, a biztosított jogviszony létrejötte és megszűnése

- 7.1.) **A Biztosító kockázatviselésének kezdete adott Biztosított vonatkozásában az alábbi időpontok alapján határozható meg:**
 - a) **a biztosítási szerződés létrejöttekor megjelölt Biztosítottak tekintetében az ajánlat aláírását követő nap 0 órájakor, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön, és az első díjrészletet a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően a felek halasztásban állapodtak meg. A felek közös megegyezéssel ennél későbbi kockázatviselési kezdetben is megállapodhatnak. A Szerződés megkötése előtt befizetett összeget a Biztosító a kockázatviselés kezdeteként a biztosítási szerződésben megjelölt időpontig kamatmentesen kezeli, ezen összeg befizetése azonban nem jelenti a kockázatviselés kezdetét.**
 - b) **A csoportos szerződésekre 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 Biztosítottak után járó biztosítási díjat megfizetni.**
 - c) **Azon csoportos biztosítási szerződésekre esetén, ahol a Biztosítottak nem név szerint megnevezett személyek, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés a Biztosítottnak a biztosított csoporthoz való csatlakozásának időpontjában kezdődik amennyiben az a szerződés hatályba lépésénél későbbi időpont, így különösen:**
 - **rendezvények biztosítása esetén a rendezvényre való belépés időpontja,**
 - **járművek utasainak biztosítása esetén a járműre való felszállás időpontja.**
- 7.2.) **Amennyiben a Biztosítottak egyénileg csatlakoznak a Biztosításhoz, akkor az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási fedezet kiterjesztésének további feltétele a**



biztosítotti nyilatkozat megtétele. A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell kitöltenie. A Biztosított a biztosítotti jogviszonya létesítéséhez adott hozzájárulását (biztosítotti nyilatkozatát) írásban bármikor visszavonhatja. A visszavonás következtében a Biztosító kockázatviselése adott Biztosított vonatkozásában – eltérő megállapodás hiányában – a biztosítotti nyilatkozat visszavonásának napját követő hónap első napjának 0. órájától megszűnik. A biztosítotti nyilatkozatot – eltérő megállapodás hiányában – a Szerződő köteles megőrizni, s a Biztosító kérésére azt 2 munkanapon belül a Biztosító rendelkezésére bocsátani.

- 7.3.) A biztosított csoportból kilépő Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csoportból való kilépés napján 24 órakor véget ér.

8) Felek kötelezettségei

8.1) Tájékoztatási kötelezettség

A Biztosító tájékoztatási kötelezettsége a Szerződővel szemben áll fenn. A Szerződő köteles tájékoztatni az egyes Biztosítottakat a biztosítási szerződést érintő lényeges kérdésekről, a hozzá intézett jognyilatkozatokról, és a szerződésben bekövetkező változásokról.

8.2) Közlési- és változásbejelentési kötelezettség

- a) A Szerződő és a Biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor köteles – a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a Biztosítóval írásban közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett.
- b) A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott – a valóságnak megfelelő – írásbeli válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- c) A Szerződő és a Biztosított köteles személyi adatainak (pl. lakcímének) módosulását, továbbá a Biztosító kockázatvállalása szempontjából lényeges valamennyi körülmény változását 5 napon belül a Biztosítóhoz írásban bejelenteni. Lényeges körülmény az, amire a Biztosító a szerződéskötéskor az ajánlatban, az egészségi nyilatkozatban és az orvosi vizsgálat során írásban kérdést tett fel.
- d) A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító számára lehetővé tenni a biztosítás szempontjából lényeges adatok, körülmények ellenőrzését. A Biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére.
- e) A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő, vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- f) Ha a szerződés több személyre vonatkozik és a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben



merül fel, a Biztosító a közlésre irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

g) A közlésre és a változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt és a Biztosított(ak)at. Egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre köteles lett volna.

h) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a szerződés módosítására, vagy a szerződést 30 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.

i) Életbiztosítási kockázatok esetén a Biztosító a szerződéskötést vagy a további Biztosított(ak) tartam közbeni belépését követően szerez tudomást a szerződéskötéskor, illetve a további Biztosított(ak) belépésekor már fennállt lényeges körülményről, -vagy- azok megváltozásáról, az ebből eredő jogokat a szerződés fennállásának az első 5 évében, illetve a további Biztosított(ak) belépésétől számított első 5 évben gyakorolhatja.

j) Életbiztosítási kockázatok esetén a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség, egészségbiztosítási kockázatok esetén a közlésre irányuló kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől, illetve a további Biztosított(ak) tartam közbeni biztosítottá válásától az adott Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

8.3) Adatszolgáltatás

A Szerződő által a Biztosító felé küldendő, biztosítottai adatokat tartalmazó adatszolgáltatás részletes szabályait az Ajánlati dokumentáció tartalmazza. A szerződő minden évben, a biztosítási évforduló alkalmával (az évfordulót követő 15 napon belül) köteles a Biztosítónak az előző (eltelt) biztosítási év havonkénti létszámadatáról írásbeli kimutatást benyújtani, valamint a következő biztosítási évről vonatkozó díj megállapításához szükséges adatokat megadni.

8.4) Díjfizetés

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

b) A biztosítás egyszeri vagy rendszeres díjfizetésű lehet.

c) A biztosítási díj az ajánlaton megjelölt gyakorisággal, az ajánlatban megjelölt devizanemben fizetendő.



- d) Egyszeri díjfizetés esetén valamennyi bejelentett Biztosítottra vonatkozóan a teljes biztosítási időszakra a biztosítási díjat egy összegben, a szerződés létrejöttekor kell megfizetni.
- e) Rendszeres díjfizetés esetén - amennyiben a Felek nem állapodtak meg halasztott díjfizetésben - az első díj az ajánlat aláírásakor esedékes. Minden további biztosítási díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre az vonatkozik.
- f) A díjfizetés kizárólag banki átutalással teljesíthető. A biztosítási díj akkor tekintendő megfizetettnek, amikor az a Biztosító erre rendszeresített számlájára, a Szerződésre egyértelműen azonosíthatóan, teljes egészében beérkezett.
- g) A Biztosítót a kockázatviselés teljes tartamára illeti meg a biztosítási díj.
- h) Az esedékes díjrészletnél magasabb összeg befizetésével többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A befizetett díjtöbbletet kamatmentes díjelőlegként kezeli a Biztosító, és a következő esedékes díjrészletbe beszámítja.
- i) Amennyiben a Szerződő az esedékes biztosítási díjat nem fizeti meg, a Biztosító a Szerződőt - a következményekre történő figyelmeztetés mellett - a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
- j) A Biztosító a biztosítási díj részleges megfizetését nem fogadja el; a részlegesen megfizetett biztosítási díjat a Szerződő részére kamatmentesen visszautalja - a beérkezést követő 15 napon belül, és a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok szerint jár el.
- k) Biztosító jogosult a biztosított csoportok összetételének változása, vagy a kártapasztalat előre nem látható romlása miatt a biztosítási díjat felülvizsgálni és a biztosítási évfordulót követő biztosítási időszakra módosítani. A Biztosító a Szerződőt díjmódosításra vonatkozó szándékáról legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőzően 60 nappal értesíti.
- l) 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.
- m) 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 út 38., továbbiakban: Bank) mindenkorai kondíciói szerint a biztosító szerződés devizanemének megfelelő számlájára kerül áthelyezésre az összeg legfeljebb az azonosítás napjától számított 3 napon belül. Az így jóváírt összeget tekinti a Biztosító befizetett díjnak. A téves befizetésekből eredő árfolyamkockázat, illetve többletköltség a



Szerződőt terheli.

- n) 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.
- o) Amennyiben a Szerződő nem a szerződés devizanemében kívánja fizetni a biztosítás díját, úgy az ebből származó árfolyamkockázat mérséklése érdekében a Biztosító a következők szerint állapítja meg a fizetendő díjat: Átutalás esetén a Szerződőnek az esedékes biztosítási díj 105 százalékának megfelelő díjat kell utalnia a Biztosító befizetés devizanemének megfelelő számlájára.

A fentiek ellenére fennmaradó árfolyamkockázat a Szerződőt terheli.

8.5) Elszámolás

- a) A szerződés éves elszámolású - kivéve, ha a Felek ettől eltérően állapodnak meg, azaz a Szerződő a biztosítási időszakokra annak kezdetekor megállapított díjat fizeti meg (mely biztosított csoportonként eltérő lehet) az általa választott díjfizetési gyakoriságnak megfelelően a biztosítási időszak során.
- b) Az elszámolás további, részletes szabályait az ajánlati dokumentáció tartalmazza.
- c) A tartam alatti létszámváltozás miatt szükséges díjkorrekcióra és a hónapon belüli –biztosítási védelemre nézve az alábbiak az irányadók:

A tartam során biztosítottá váló Biztosítottakra a biztosítási védelem a biztosított csoportba kerülést követő nap 0 órakor kezdődik.

A tartam során kilépett Biztosítottakra a biztosítási védelem a csoportból való kilépés napján 24 órakor véget ér.

A tartam alatt kilépő Biztosított után a biztosítási időszakból a kilépésig eltelt hónapokra, illetve a tartam alatt bejelentett új Biztosított után, a még hátralévő időszakokra a biztosított kategóriánkénti biztosítási díjból számított éves díj időarányos részét kell megfizetni a biztosítási évfordulót követő elszámolás alkalmával. A díjfizetés szempontjából adott biztosított minden biztosítási szerződésben megkezdett hónapja egy hónapnak számít. A havonta fizetendő díj a Biztosítottak egyes kategóriájára a kategóriánként megállapított éves díj 1/12 része.

- d) A Biztosító a csoport életkori összetétele évközbéni változásának az elszámolás során történő érvényesítésétől eltekint.

8.6) A Biztosító szolgáltatása

A Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződés alapján – az igényelt biztosítási fedezet(ek) tartalmától függően – a KÜLÖNÖS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK-ben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja a Biztosítottak részére. A felek megállapodhatnak a balesetbiztosítási szolgáltatásokra vonatkozó biztosítási védelemnek kifejezetten csak a munkahelyi balesetekre történő korlátozásában (munkahelyi balesetek biztosítása).

8.7) Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség



- a) A Biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- b) A Biztosított a Biztosító 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. 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.

9) A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- a) **A Biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szerződés feltételeinek megfelelően nyújtja.**
- b) A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior (a Biztosító által előre nem látható, elháríthatatlan külső akadály) kizárja vagy korlátozza a teljesítést – az akadály elhárultáig.
- c) A biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül a Szerződőnek, a Biztosítottnak vagy a Kedvezményezettnek személyesen vagy írásban be kell jelentenie a Biztosítónak. A szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését. Amennyiben e bejelentés nem történik meg, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a Biztosító kötelezettsége nem áll be. A teljesítéshez szükséges dokumentumok benyújtására a Biztosító esetenkénti elbírálás alapján haladékot adhat.

9.1) szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges iratok

- az adott biztosítottra vonatkozó munkaviszony igazolása (munkáltatói igazolás),
- rendezvénybiztosítás esetén a belépőjegy,
- Szolgáltatási igénybejelentő;
- személyi igazolvány vagy más személyazonosításra alkalmas okmány, továbbá a lakcímkártya lakcímet igazoló oldalának másolata
- kiskorú esetén gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámhatósági betétkönyv megnyitásáról, mely tartalmazza a számlaszámot, ha szükséges
- gondnokot/gyámot kirendelő határozat másolata,
- törvényes képviselői jogról szóló nyilatkozat
- azon további nyilatkozatok, amelyeket a mindenkor hatályos jogszabályok a szolgáltatás teljesítésének feltételeként meghatároznak,



- idegennyelvű iratok esetén, azok hiteles magyar nyelvű fordítása

9.2) Haláleseti szolgáltatási igény bejelentéséhez benyújtandó további szükséges iratok

- Halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása,
- boncolási jegyzőkönyv másolata, szükség esetén (előzményvizsgálat esetében, amennyiben a halottvizsgálati bizonyítványon jelezték, hogy készül),
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (feltéve, hogy nincs érvényes Kedvezményezett jelölés),
- Kedvezményezetti nyilatkozat,
- A Kedvezményezett lakcímkártyájának (a lakcímet igazoló oldalának) másolata,
- Azonosítási adatlap, a szolgáltatásra jogosult személyre kitöltve, ha szükséges,
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata – a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismerevének pontos időpontjával,
- a temetési költségeket igazoló számlák (ha szükséges),
- kiskorú örökös, Kedvezményezett esetén (jogerős hagyatékátadó végzés szerinti) gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámhatósági betétkönyv megnyitásáról, mely tartalmazza a számlaszámot (ha szükséges)

9.3) Balesetből eredő elhalálozás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült) /Rendőrségi eljárást lezáró határozat
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt másolata (ha készült),
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- amennyiben a haláleset a kórházban következett be, úgy a kórházi zárójelentés másolata,
- sport orvosi engedély,
- mérkőzési jegyzőkönyv,
- csapatjátékos igazolás,
- boncolási jegyzőkönyv

9.4) Közlekedési balesetből eredő elhalálozás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- rendőrségi helyszínen felvett hivatalos szemle jegyzőkönyvének másolata,
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata



9.5) Közlekedési baleset életbenléti szolgáltatás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata,
- gépjárművezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata.

9.6) Baleseti rokkantság esetén benyújtandó további szükséges iratok

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata

9.7) Baleset- és egészségbiztosítás életbenléti szolgáltatás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült),
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során), kórházi zárójelentések másolata, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata – a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismerevének pontos időpontjával, ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata,
- igazolvány sportolói tagságról (ha szükséges),
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges),
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogtest (ha készült),
- keresőképtelenségi igazolás hiteles másolata (diagnózis megjelölésével; ha szükséges)
- csapatorvosi-/csapatvezetői igazolás, arról hogy a játékos adott időszakban nem vett részt edzéseken és mérkőzéseken
- kiadásokat igazoló eredeti számlák (ha szükséges)

9.8) Rokkantsági szolgáltatás esetén benyújtandó további szükséges iratok

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata,
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során), kórházi zárójelentések másolata, mely



tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját, orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismertének pontos időpontjával, ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata,

- baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült),
- munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha szükséges),
- munkáltatói igazolás munkavállalói jogviszony meglétéről (ha szükséges),
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata (ha szükséges),
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt (ha készült)

9.9) Kritikus betegségek esetén benyújtandó további szükséges iratok

- a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentáció a diagnózis felállításától kezdődően
- Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövetteni vizsgálat eredménye alapján történik.

Szívinfarktusz elfogadásának feltételei a következők:

- a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
- az infarktusra jellemző EKG eltérések megléte;
- a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.

- Szívkoszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtéti leírás vagy annak kivonata szükséges.
- Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 90 nap múlva a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.
- Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumileletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.
- Létfonosságú szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.
- Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációjával.
- Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
- Az ún. „4 alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a Biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálata alapján történik.
- Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórlefolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások



alapján a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.

- AIDS- (HIV-) betegség elfogadása, fekvőbeteg-gyógyintézet, fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
- Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
- Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiai osztályon, vagy intenzív osztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatot, azok eredményére is szükséges a betegség elfogadásához.

9.10) Baleseti költség térítés esetén benyújtandó további szükséges iratok

- kiadásokat igazoló számlák (ha szükséges)

9.11) A haláleseti biztosított házastársa halálának esetén benyújtandó további szükséges iratok

- Házassági anyakönyvi kivonat

9.12) Gyermekszületési támogatás benyújtandó további szükséges iratok

- Születési anyakönyvi kivonat

d) 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.

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.**

f) **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) összecszerően 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.

- g) A bemutatott dokumentumok mellett a Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését is kezdeményezheti. A Biztosító által kezdeményezett orvosi vizsgálatok költsége a Biztosítót terheli.
- h) **Huzamos kórházi tartózkodás vagy táppénzes állomány esetén a Biztosító 30 naponként, a szerződésben foglaltak szerint, folyamatosan teljesíthet szolgáltatást, amennyiben a 9.d) pontban foglalt feltételek teljesülnek.**
- i) **A Biztosító szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőeszközben, a szolgáltatásra jogosult által megjelölt módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik.**
- j) Jelen Szerződés egyéb rendelkezéseitől függetlenül, jelen biztosítási Szerződés abban az esetben jogosít szolgáltatásra vagy a Biztosító által teljesítendő bármely kifizetésre, amennyiben az nem ütközik az ENSZ Biztonsági Tanácsa által vagy az Európai Unió által alkalmazott gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióba, és/vagy embargós rendelkezésébe, továbbá nem ellentétes bármely más, a jelen szerződő felekre alkalmazandó nemzeti jogszabállyal. Ez a rendelkezés irányadó az Amerikai Egyesült Államok vagy egyéb ország gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióira és/vagy embargós rendelkezéseire is, amennyiben azok nem ellentétesek az Európai Unió vagy Magyarország jogszabályaival.

10) Várakozási idő

Kockázati élet és betegségbiztosítási fedezetek vonatkozásában a Biztosító várakozási időt köthet ki.

11) Maradékjogok, technikai kamatláb, többlethozam

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

12) A Biztosító mentesülése

a) Életbiztosítási kockázatok esetén

A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.

A szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága következtében halt meg.



b) Balesetbiztosítási kockázatok esetén

A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a Biztosított a Kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.

c) Egészségbiztosítási kockázatok esetén

A Biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:

- a szerződő fél vagy a biztosított,
- velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk, üzletvezetésre jogosult tagjuk okozta.

A jelen pontba foglalt rendelkezést a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

d) A Biztosító mentesülése esetén a Szerződőt a biztosítási díjból semmilyen visszatérítés nem illeti meg.

13) Kockázatkizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:

a) azon biztosítási eseményekre, melyek összefüggésbe hozhatók a Biztosított által szándékosan, önmagának okozott kárral (abban az esetben sem, ha a Biztosított zavart tudatállapotban okozta azt);

b) azon biztosítási eseményekre, melyek a következőkből erednek: felkelésben, lázadásban, zavargásban, terrorcselekményben, háborúban, harci cselekményben, idegen hatalom ellenséges cselekedetében, kormány elleni puccsban vagy puccskísérletben, zendülésben, polgárháborúban, forradalomban, tüntetésen, felvonulásban, sztrájkban, munkahelyi rendbontásban, határvillongásban való részvétel;

c) azon biztosítási eseményekre, melyek atomenergia, illetve ionizáló sugárzás hatásával összefüggésbe hozhatók;

d) HIV fertőzéssel kapcsolatos eseményekre;

e) azon eseményekre, melyek a Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkohol szint) állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következnek be;

f) terhességgel vagy szüléssel kapcsolatos eseményekre (ide nem értve a gyermekvállalási támogatás egyszerű térítés fedezetet, amennyiben az az ajánlati dokumentációban rögzítésre került), valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel kapcsolatos eseményekre;

g) azon biztosítási eseményekre, melyek a Biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli járművezetésével okozati összefüggésben következtek be;



- h) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott, továbbá ilyen személy által végzett kezelés miatt utóbb szükségessé vált orvosi vagy egyéb egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos eseményekre;
- i) 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), quadozás.
- j) a biztosított versenyszerűen, díjazásért üzött sporttevékenységére - függetlenül attól, hogy az adott tevékenységre a társadalombiztosítási védelem kiterjed-e vagy sem - kivételt képez ez alól, ha a biztosítási szerződés rendelkezései a biztosítási védelmet ezen kockázatra is kiterjesztik;
- k) azon táppénzes esetekre, amikor táppénzen való tartózkodásra közegészségi, járványügyi vagy állategészségügyi zárlat miatt kerül sor;
- l) mandulaműtetre, és az ezzel összefüggésben bekövetkező, illetve ehhez szükséges beavatkozásokra;
- m) a biztosított fogtörésére és fogrepedésére;
- n) a biztosított szívinfarktusára és agyvérzése miatti halálos balesetekre;
- o) a biztosítási eseményt előidéző betegség diagnosztizálása előtt, illetve az adott baleset előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészekre, már meglévő egészségkárosodásokra (és az ezekkel közvetlenül összefüggésbe hozható biztosítási eseményekre).

14) Jognyilatkozatok

- a) Azon jognyilatkozatok, amelyek érvényességéhez jogszabály írásbeli alakot követel meg, a Biztosítóval szemben csak akkor hatályosak, ha azokat írásban nyújtották be a Biztosítóhoz (1476 Budapest, Pf. 325.). 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 (email cím: pannonia@pannonia.hu).
- b) Minden jognyilatkozat akkor hatályos, amikor az a Biztosítóhoz beérkezett.

15) A kockázatviselés megszűnése

Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik:

- a) amennyiben a szerződés megszűnik - a szerződés megszűnése napjának 24. órájában;



- b) amennyiben adott Biztosítottnak a Szerződésbe bevont csoportokhoz való tartozása megszűnik (többek között: kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjbavonulás miatt) - a csoporthoz való tartozás megszűnésének napjának 24. órájában;
- c) a maximális biztosított kor betöltésével - annak a naptári évnek az utolsó napjával (a nap 24. órájával), amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életévet;
- d) a Biztosított halálával - a halál időpontjával;
- e) biztosított 100%-os rokkantságát megállapító határozatban megjelölt dátummal.

16) A biztosítási szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a) olyan kétoldalú megállapodás esetén, melyben a Biztosító kockázatviselésének megszűnése meghatározásra került és a meghosszabbításról külön megállapodás nem született, a kockázatviselés megszűnése napjának 24. órájával;
- b) a Szerződő jogutód nélküli megszűnésével - a megszűnés napjának 24. órájával;
- c) díjnemfizetés miatt a 8.4. i) pontban foglaltak szerint;
- d) amennyiben a Biztosítottak száma nullára csökken - az utolsó Biztosított kilépése napján 24 órakor;
- e) rendes felmondással, ha Szerződő vagy a Biztosító a határozatlan tartamú szerződést legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30 nappal írásban felmondja - a biztosítási időszak utolsó napjának 24. órájával;
- f) a Szerződő és a Biztosító közös megegyezésével - a közös megegyezésben jelölt napon, 24 órakor.

17) Egyéb rendelkezések

- a) A Szerződő a biztosítás tartalmáról, a hozzá intézett, Biztosítottakat érintő tájékoztatások tartalmáról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a hatálybalépést megelőzően 15 nappal köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a helyben, szokásos módon.
- b) A biztosításból származó szolgáltatási igények elévülési ideje 5 év.
- c) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog Magyarország joga.
- d) A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.
- e) 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.
- f) A szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozat abban az időpontban tekintendő



megérkezettnek, amikor azt a posta az érdekeltnak ajánlott levélben kézbesítette, megkísérelte kézbesíteni, illetve – személyesen átadott nyilatkozat esetén – az átvételét az érdekelten írásban elismerte, illetőleg akkor is, ha a fenti esetekben az átvételt a címzett megtagadta.

- g) **A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről köteles évente jelentést közzétenni. A biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentést a honlapján (www.cigpannonia.hu) teszi közzé.**

18) Adatkezelési tájékoztató

Az adatvédelemhez kapcsolódó rendelkezések az Ügyféltájékoztató részét képezik. A mindig aktuális adatkezelési tájékoztató elérhető a Biztosító honlapján (<https://www.cigpannonia.hu/adatvedelem>).

19) Panaszokkal kapcsolatos tájékoztató

A Biztosító panaszkezelésére vonatkozó részletes rendelkezések az Ügyféltájékoztatóban találhatóak.



20) Mellékletek

1. számú melléklet: Kis műtétek

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

1. Általános sebészet körében végzett beavatkozások

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

2. Traumatológia és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

- Törés miatti extensio
- Osteosyntesis utáni fémananyag eltávolítás
- Törések percutan dróttűzése
- Exostosisok, panaszokat okozó kisebb csontvégek levésése
- Nyílt törés ellátása – csonton végzett beavatkozás nélkül (elsősorban lágyrész)
- Ízületi tok megnyitása, csövezése
- Kisízületek elmerovítése csavarozással, tűzéssel
- Kisízület krónikus gyulladása, vagy egyéb krónikus elváltozása miatti feltárása
- Tendolysis kézen
- Sajkacsont törés műtéti kezelése
- Mellkas becsövezése



- Heveny módon bekövetkezett, diagnosztikus adatokkal igazolt és kórismézett ízületi szalagszakadások, ínsérülések, mely elváltozások gyógyítása érdekében nyílt, feltárással járó műtét végzésére kerül sor
- Azok a csont törésével járó esetek, ahol a csont egyesítése feltárással nélküli dróttűzés formájában történik meg
- A kéz és láb ujjja, ujjai hosszának felét nem meghaladó csonkolások

3. Hasi sebészet körében végzett beavatkozások

- Laparoscopia, esetleg kisebb beavatkozásokkal kombinálva
- Nyelőcsővérzés nem radikális ellátása
- Polypus endoszkópos eltávolítása gyomor, nyombél, vékonybél területén (1 cm nagyságig, szövődménytől mentesen)
- Végbél körüli feltárással
- Egyes szervek sclerotizációja kémiai anyagokkal

4. Urológiai sebészet körében végzett beavatkozások

- Nephrostomiás drain, illetve annak cseréje
- Ureter katéter felvezetése és az ezzel kapcsolatos beavatkozások
- Prostatán alkalmazott nem radikális beavatkozások
- Scrotumon, penisen nem a merevedést vagy a vizelet elfolyását befolyásoló beavatkozások
- Here és hólyag biopszia
- Katéterezés vizeletelakadás miatt és hólyag szúrásapólasa

5. Orr-fül-gégészet körében végzett beavatkozások

- Garat kisebb műtétei (pl. biopszia)
- Légcső sürgős megnyitására használt egyszerű beavatkozások
- Külső fül nagy csonkolással járó sérüléseinek ellátása
- Külső fül indokolt rekonstrukciós beavatkozásai
- Dobhártya akut műtétei
- Orrsövény műtétei

6. Szemészet körében végzett beavatkozások

- A szem nem törő közegein történő olyan beavatkozások, melyek esetleges szövődménye a látást nem befolyásolja
- Idegentest eltávolítása szemgolyóból (nem áthatoló, nem a törő közeget érinti)



7. Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások
 - Pericardiocentesis
 - Nagy erek részleges eltávolítása, sérülésük ellátása
 - Verőér-visszér anastomosisok
 - Egyszerű varicectomiák
 - Pacemaker elektróda-igazítás, telepcseré
 - Felületes nyirokérrendszer részleges eltávolítása

8. Nőgyógyászat körében végzett beavatkozások
 - Méhnyak, illetve méhszáj nem tumoros elváltozásai miatt végzett beavatkozások
 - Méh nem daganatos betegségeinek, illetve méheltávolítást nem igénylő betegségek (terhesség, illetve annak komplikációi kizárva) műtétei
 - Hüvely jóindulatú elváltozásainak műtétei
 - Gát és a külső nemi szervek jóindulatú elváltozásainak műtétei

9. Idegsebészet körében végzett beavatkozások
 - Különböző nagyobb idegek eltávolítása vagy felszabadítása a lenövésektől
 - Különböző nagyobb idegek jóindulatú daganatainak ellátása műtéttel
 - Különböző típusú idegvarratok

10. Szájsebészet körében végzett beavatkozások
 - Nyelv, nyálmirigyek, szájüreg kisebb műtétei

11. Onkológiai beavatkozások
 - Sugárzó anyagok szövetbe, érbe vagy testüregekbe juttatása



2. számú melléklet: Közepes műtétek

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

1. A központi és a környéki idegrendszeren végzett beavatkozások

- Agy egyes részeinek besugárzása, illetve sugárzó anyagok célzott bejuttatása
- Koponyacsontok, agyhártyák megnyitása terápiás célból
- Kóros agyi folyadékok leszívása, illetve tartós levezetése feltárással
- Koponyacsontok, agyhártyák pótlása
- Koponyacsontok, agyhártyák daganatainak eltávolítása
- Gerincvelői ideggyök átmetszése
- Kemény, illetve lágy gerincvelői hártyákon végzett műtétek
- Gasser-dúc műtétei
- Idegvarratok különböző formái, idegek áthelyezése
- Idegágak felszabadítása külső nyomás alól
- Idegág vagy idegdúc roncsolása
- Gerincsérv műtétei

2. Belső elválasztású mirigyeken végzett beavatkozások

- Pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese részleges eltávolítása

3. Szemészeti műtétek

- Könnycsatornán végzett műtétek
- Szemhéjon végzett műtétek (kivétel: kisebb képletek eltávolítása)
- Szemmozgató izmokon végzett műtétek
- Kötőhártyán végzett műtétek (kivétel: kisebb képletek eltávolítása)
- Ínhártyán végzett műtétek (kivétel: kisebb képletek eltávolítása)
- Szemlencsén végzett műtétek
- Üvegtesten végzett műtétek

4. Orr - fül - gége gyógyászat területén végzett műtétek

- Fülkagyló képzés
- Külső hallójárat eltávolítása a fülkagylóval, illetve ennek helyreállítása
- Kalapács felszabadítása, eltávolítása
- Dobhártya plasztika
- Csecsnyúlvány kóros sejtrendszerének eltávolítása
- Közép- és belfül együttes megnyitása
- Krónikus középfülgyulladás szanálására végzett radikális műtétek



- Egyensúly-érzékelő szerv eltávolítása
- Orr részleges vagy teljes eltávolítása, illetve korrekciója
- Orrjárat elzáródása miatt végzett műtétek
- Orrmelléküregek tartósifeltárása, illetve részleges vagy teljesszanálása
- Garat plasztikai és tágító műtétei
- Légcsömetszés, illetve ennek zárása
- Hangréstágító műtétek
- Külső gégefeltárások, illetve a gégén végzett műtétek
- Légcsőtágítás; fixálás

5. Mellkas-sebészeti műtétek

- Tüdőcsúcs-eltávolítás
- Tüdőmegnyitás, elvarrás
- Tüdőüreg kiürítése, zárása
- Rekeszideg átvágása
- Tüdőleválasztás, összenövések oldása
- Mellkas megnyitása
- Mellüregi kóros tartalom kiürítése
- Gátor megnyitása, tükrözése
- Mellkasfal részleges eltávolítása
- Mellkasfal feltárása
- Mellhártya részleges eltávolítása
- Mellhártya rekonstrukciója
- Műtétek a rekeszizmon (kivétel: helyreállítás)

6. Ér- és szívsebészet körében végzett műtéti beavatkozások

- Szívkatéterezés
- Szívburok megnyitása, folyadék eltávolítása
- Szívritmusszabályozó beültetése, illetve cseréje
- Szívkoszorúér ágak közti kóros összeköttetések megszüntetése
- Nyitott szívmasszázs
- Központi nagyereken végzett diagnosztikus és terápiás eljárások (érfestések; gyógyszeres, diagnosztikus és műtéti eljárások az ér feltárása nélkül)
- Végtagi verőerekben elakadt vérrög eltávolítása
- Közepesen nagy verőereken kialakult helyi rögösödés eltávolítása
- Végtagi verőerek kóros szakaszának kimetszése, illetve annak helyreállításai
- Alsó végtag tágult visszereinek komplex műtétei
- Végtagok verőereinek elzáródását megkerülő műtétek



- Közepes és nagy erek sebészeti elzárása
- Érvarratok, foltplasztikák
- Ascites-levezetése a visszeres rendszer felé művi összeköttetés révén
- Nyirokereken végzett műtétek

7. Általános sebészet körében végzett műtétek

- Tükrözések terápiás beavatkozással együtt
- Egyes testrészekben történő műtét közbeni mintavétel (biopsia)
- Lépen végzett műtétek (kivétel: eltávolítás)
- Nyelőcső nyaki szakaszán, gyomor-bélrendszer elemein végzett megnyitások
- Nyelőcső szűkület tágítása, áthidalása
- Nyelőcső tágult visszereinek szklerotizációja
- Gyomor-bélrendszer megnyitásainak elvarrásai (kivétel: végbél)
- Nyelőcsövön, a gyomor-bélrendszeren végzett átmeneti vagy végleges szájadék képzése
- Nyelőcső, gyomor-bélrendszer kisebb elváltozásainak kimetszése műtéti feltárással
- Bolygóideg főtörzsének mellkasi vagy hasi átmetszése
- Vékonybél megkerülő összeköttetése
- Béltraktus betüremkedéseinek, illetve megcsavarodásainak megszüntetése
- Összenövések oldása a hasüregben
- Vakbélgyulladás miatt végzett műtétek
- Máj, májtályog megnyitása
- Epehólyagon végzett műtétek
- Közös epevezető megnyitása
- Tükrözés diagnosztikus vagy terápiás céllal a közös epevezetőn, illetve a hasnyálmirigy vezetéken
- Hasnyálmirigy cysta összekötése a hasfallal, illetve a gyomor-bélrendszerrel
- Hasfali, hasüregi, lágyék- és combsérvek műtétei
- Hásfal megnyitása (diagnosztikus vagy terápiás céllal)
- Hásüregi szervek rögzítése
- Hashártya, nágycseplepsz rezekciója

8. Urológiai beavatkozások

- Vese, vesemedence, húgyvezeték bemetszései, szájadék képzései, illetve kóros elváltozásainak megnyitása
- Vese rögzítése, percutan vesetükrözés, köeltávolítás, illetve egyéb műtétek
- Húgyvezeték egyes részeinek részleges eltávolítása, az eltávolított rész



helyreállítása

- Húgyvezeték felszabadítása
- Húgyhólyag -sipolyok zárása
- Húgycsőön keresztül végzett húgyhólyag műtétek
- Húgyhólyag elvarrása
- Húgycső megnyitása, csönkolása, húgycsőcsönkok egyesítése
- Húgycső plasztikák, újraképzések
- Húgycső szűkületek műtétei
- Prostatata húgycsőön keresztül végzett műtétei
- Herevíz-sérv, herevisszér-sérv műtétei (hydrocele, varicocele műtétek)
- Here, mellékhere egyéb műtétei
- Ondóvezeték műtétei
- Hímvesző műtétei (kivétel: plasztika)

9. Nőgyógyászati jellegű műtétek

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

10. Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

- Törések műtéti egyesítése
- Arckoponya csontjainak részleges eltávolítása, illetve plasztikája
- Nyaki borda eltávolítása
- I. borda eltávolítása
- Elhalt csont rész eltávolítása
- Osteotomiák
- Ízületek tükrözése diagnosztikus és terápiás céllal
- Ízületi-savós hártya eltávolítása
- Csontdaganatok nem radikális eltávolítása (kisízületek kivételével)
- Csontvégek eltávolítása
- Kisebb csontok teljes eltávolítása
- Végtaghosszabbítás és korrekció



- Végtagrövidítés
- Gerincoszlop különböző típusú elmerevítése
- Protézis eltávolítás (kivétel: térd, csípő, váll, könyök)
- Ízületi-plasztikák (kivétel: térd-, csípő-, váll-, könyökprotézis)
- Csontrövidítések
- Ínhüvely plasztikák
- Dupuytren-kontraktúra műtéte
- Inrekonstrukciós műtétek
- Baker-cysta műtéte
- Lágyrész meszesedések, daganatok kiirtása
- Izomkiirtás, felszabadítás, átültetés
- Bőnye-plasztika, átültetés
- Láb amputációi, ismételt amputációi, másodlagos csonkzárás, csonkkorrekció
- Nagy csöves csontok zárt ízületbe hatoló, és ízületen kívüli töréseinek helyretétele és stabilizációja céljából végzett nyílt feltárással járó műtétek különböző formái (váll-, könyök-, csukló-, csípő-, térd-, boka ízületek, felkar-, alkar-, comb-, lábszár csontjai), e körbe tartozik az a műtéti megoldás, amikor a jelölt cél elérésének érdekében külső rögzítő műtéti behelyezésére kerül sor
- Csonttöréssel nem járó kiterjedt roncsolással járó lágyrész sérülések, melyeknek gyógyítása műtéti sorozatot, bőrpótló eljárások alkalmazását indokolják
- Kéz és láb ujjá(k) egész hosszát érintő csonkolások
- II-III fokozatú égési sérülések azon formái, ahol a testfelszín 10-25 %-át éria károsodás
- Több ín vagy izom károsodása miatt végzett műtéti megoldások

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

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



3. számú melléklet: Nagy műtétek

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

1. Központi és környéki idegrendszeren végzett beavatkozások

- Agyban lévő vérömlenyek, tályogok, daganatok, cysták eltávolítása
- Egyes agyrészek összeköttetéseiinek átvágása
- Kisebb agyterületek kimetszése
- Agylebenyek eltávolítása
- Egyik oldali agyfélteke eltávolítása
- Kórosan fokozott agyvíz termelés tartós levezetése
- Gerincvelői fokozott nyomás tehermentesítése annak feltárásával
- Gerincvelőben kialakult cysta kezelése
- Gerincvelői daganatok eltávolítása
- Kórosan fokozottan termelődő gerincvelői folyadék átmeneti vagy tartós elvezetése
- Szimpatikus határköteg nyaki, illetve háti szakaszának műtétei

2. Belső elválasztású mirigyeken történő műtétek

- Pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese teljes eltávolítása
- Agyfüggelék vagy annak daganatainak eltávolítása
- Csecsemőmirigy eltávolítása vagy átültetése
- Belső elválasztású mirigy átültetése saját szervezetbe

3. Szemészeti műtétek

- Retinaleválás műtétei
- Szemgolyó eltávolítás, szemgödör kiürítés
- Szemüreg plasztikája vagy újraképzése

4. Orr-fül-gége gyógyászat területén végzett műtétek

- Csiga beültetés
- Belső hallójárat feltárása a koponyaüreg felől
- Csonkolás kóros elváltozás miatt a közép-, illetve belfülben, vagy azokkiirtása
- Nyelvmandula összefüggő daganatainak radikális műtéte
- Teljes fültömörig kiirtás az arcidegek megkímélésével
- Kiterjesztett, illetve teljes gégecsonkolás



5. Mellkas-sebészeti műtétek

- Légcső feltárása diagnosztikus célból
- Légcső csonkolása, újraegyesítése, helyreállítása
- Művi gégeképzés
- Hörgők lekötése, csonkolása, helyreállítása
- Tüdőlebeny, illetve lebenyek eltávolítása
- Fél tüdő eltávolítás
- Mellkas plasztika
- Hörgősipoly zárása
- Rekeszizomsérv műtéte

6. Szív- és érsebészet körében végzett beavatkozások

- Műtétek a szívbillentyűkön
- Műbillentyű beültetés
- Műtétek a fő ütőéren (aorta)
- Műtétek a szívüregeket elválasztó sövényeken
- Műtétek a tüdő fő ütőerén
- Vérrög eltávolítása valamelyik szívüregből
- Vérrög eltávolítása a koszorúerekből
- Megkerülő összeköttetés (by-pass) a koszorúereken
- Koszorúsér szűkület tágítása
- Koszorúsér megnyitás
- Szívburok részleges vagy teljes eltávolítása
- Daganat eltávolítása a szívből
- Szívizom tágulatának (aneurysma) csonkolása
- Szívátültetés
- Vérrög eltávolítása a nyak, törzs, has régió központi verőereiből
- Nyak, törzs, has régió központi verőereinek plasztikája
- Megkerülő összeköttetések (by-pass) műtétek a nagyereken
- Porto-cavalis összeköttetések
- Agyi verőér tágulatának lekötése, klippelése
- Érplasztikák szűkület miatt, feltárás nélkül

7. Általános sebészet körében végzett műtétek

- Csontvelő átültetés
- Lépeeltávolítás
- Nyelőcső mellkasi, illetve hasi szakaszának megnyitása, elvarrása
- Nyelőcső kitüremkedéseinek (diverticulum) ellátása



- Nyelőcső részleges, illetve teljes kiirtása, a folyamatosság helyreállítása
- Nyelőcső teljes kiirtása részleges gyomorcsonkolással
- Nyelőcső-gyomor átmenet: plasztikai műtétei
- Nyelőcső visszer lekötése
- Gyomor-rezekciója (teljes vagy részleges)
- Bolygóidég ágainak átvágása
- Vékonybél, vastagbél-rezekció
- Nyelőcsövön, illetve a béltraktuson képzett szájadékok zárása
- Végbél részleges vagy teljes kiirtása
- Végbél záróizomzatának helyreállítása
- Máj részleges csonkolásai
- Májátültetés
- Májvarrat, rekonstrukció
- Máj és a bélrendszer között képzett összeköttetések
- Közös epevezető varrata
- Kehr-cső behelyezése a közös epevezetőbe vagy a májvezetékbe
- Közös epevezető, illetve a májvezeték helyreállítása

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

8. Urológiai beavatkozások

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

9. Nőgyógyászati jellegű műtétek

- Méhkürt plasztikák

- Radikális méheltávolítás
- Hüvelyképzés

10: Traumatológiai és ortopéd-sébeszet körében végzett beavatkozások

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



4. számú melléklet: Kiemelt műtétek

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

1. Traumatológiai és ortopéd-sebészet körében végzett beavatkozások

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

Eljárás	Gazdasági társaság / Intézmény megnevezése	Adószám	Főtevékenység	Kockázatviselés kezdete	BIZTOSÍTOTTI CSOPORTOK	A csoport	B csoport	C csoport	D csoport	E csoport
2	Fővárosi Vízművek Zrt.	10898924-2-44	3600 Víztermelés, -kezelés, -ellátás	2025.01.01	CSOPORT DEFINÍCIÓ [A CSOPORTOKBA TARTOZÓ MUNKAKÖRÖK MEGNEVEZÉSE]	Egyéb, szellemi, fizikai állomány	Csoportvezető		Középvezető	Felsővezető
					LÉTSZÁM CSOPORTONKÉNT: SZELLEMI DOLGOZÓK (fő)	592 fő	99 fő	0 fő	43 fő	5 fő
					LÉTSZÁM CSOPORTONKÉNT: FIZIKAI DOLGOZÓK (fő)	633 fő	32 fő	0 fő	0 fő	0 fő
					LÉTSZÁM CSOPORTONKÉNT: ÖSSZESEN (fő)	1225 fő	131 fő	0 fő	43 fő	5 fő
					LÉTSZÁM MINDÖSSZESEN (fő)			~1404 fő		

Nyertes ajánlattevő nyilatkozata a Kbt. 138. § (3) bekezdése értelmében**A szerződéskötéskor benyújtandó nyilatkozat¹**

Alulírott Dr. Fedák István János - vezérigazgató és Kóka Antal - vezérigazgató-helyettes, mint a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. „B” épület) cégjegyzésre jogosult képviselői felelősségünk tudatában nyilatkozunk, hogy az Univerzál Beszerző Kft. (székhely: 1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.) által „II. KGFB-CASCO-CSÉB biztosítás beszerzés 2025-2026” tárgyban indított közbeszerzési szerződés teljesítéséhez²:

- a) alvállalkozót nem veszek igénybe
 b) az alábbi táblázatban megjelölt alvállalkozókat veszem igénybe³.

Név:	Adószám:	Elérhetőség (székhely/ lakóhely, e-mail, telefonszám):	Képviselőre jogosult személy (név, beosztás):	A közbeszerzésnek/ szerződésnek az a része, amelynek teljesítéséhez az alvállalkozót az ajánlattevő igénybe kívánja venni:	Az alvállalkozó i teljesítés várható százalékos aránya:	Az alvállalkozót illető ellenszolgáltatás alvállalkozói szerződésben meghatározott nettó értéke:	Az alvállalkozói szerződés megkötésének időpontja:

¹ A Vállalkozó tudomásul veszi, hogy a Kbt. 43. § (2) bekezdés ea) és eb) pontjai alapján az EKR-ben a Megrendelő köteles közzétenni az alvállalkozó megnevezését, adószámát, a közbeszerzésnek azt a részét, amelynek teljesítéséhez az alvállalkozói Vállalkozó igénybe kívánja venni, továbbá az alvállalkozói teljesítés várható százalékos arányát a teljesítésen belül, valamint az ellenszolgáltatás alvállalkozói szerződésben meghatározott értékét, ezért a Vállalkozó az alvállalkozók bejelentésével egy időben köteles ezen adatokat is megadni. Vállalkozó emellett köteles az alvállalkozói teljesítést követően nyilatkozni az alvállalkozói teljesítés tényleges százalékos arányáról, az ellenszolgáltatás teljesítésének időpontjáról és a kifizetett ellenszolgáltatás értékéről. Ezen adatok adattartalmáért a Vállalkozó felel.

² Szerződéskötéskor a megfelelő válasz aláhúzással jelölendő

³ b) pont aláhúzása esetén a táblázat kitöltése kötelező

A szerződés teljesítésében résztvevő alvállalkozók és egyéb közreműködők listája

Kötelezettséget vállalok arra, hogy amennyiben a szerződés teljesítésének időtartama alatt az alvállalkozó(k) személyében, illetve a táblázatba foglalt adataiban változás állna be, azt haladéktalanul, de legkésőbb a változás bekövetkezésétől számított 3 napon belül bejelentem ajánlatkérő részére.

Tudomásul veszem, hogy a bejelentés elmaradásából vagy késedelmes teljesítéséből eredő valamennyi jogkövetkezmény a nyertes ajánlattevőt terheli.

Budapest 2024. december 30.

cégszerű aláírás

Tárgy: kárbejelentési kötelezettség teljesítése KGFB-CASCO-CSÉB fedezetek tekintetében

Tisztelt Megbízónk!

Jelen tájékoztató anyagunkban összefoglaltuk a kárbejelentési kötelezettségre vonatkozó fontosabb tudnivalókat. Kérjük, hogy figyelmesen tekintsek át a dokumentumban foglaltakat és annak megfelelően szíveskedjenek eljárni!

Egy biztosítási szerződés megkötésekor a Felek számos kötelezettséget vállalnak a szerződés időtartama alatt. Az egyik ilyen a **kárbejelentési kötelezettség**, melynek lényege, hogy a biztosított a szerződésben meghatározott határidőn belül köteles értesíteni a biztosítót a bekövetkezett kárról. A biztosítási szerződési feltételek kötelező jelleggel tartalmazzák – az adott módozat vonatkozásában (KGFB, CASCO, CSÉB, attól függően, hogy társaságuk ezek közül melyikkel rendelkezik) - a biztosítási esemény(ek) bejelentésének módját és határidejét.

A biztosítás főszabályként a **szerződés hatálya alatt bekövetkezett és bejelentett** biztosítási eseményekre terjed ki. A biztosító **szolgáltatási kötelezettsége nem áll be**, ha biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését **a szerződésben megállapított bejelentési határidőn belül a biztosítónak nem jelenti be**, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy az adott információ tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából **lényeges körülmény kideríthetlenné válik**.

A fentiek figyelembevételével különösen fontos abban az esetben, ha a jelenleg hatályos biztosítási szerződésük megújítását követően a fedezet - következő biztosítási időszakra -, **egy másik biztosító társasághoz kerül** elhelyezésre. **A lefolytatott közös KGFB-CASCO-CSÉB közbeszerzési eljárás eredményeként a KGFB (Generali) és CSÉB (CIG) fedezetet továbbra is ugyanaz a biztosító fogja biztosítani, azonban a CASCO esetén biztosítóváltás lesz, az Uniqa helyett az Alfa Vienna nyújtja a fedezetet.**

Annak érdekében, hogy a meglévő szerződés hatálya alatt bekövetkezett kár a jelenlegi biztosítási szerződésük alapján térülni tudjon, kérjük, hogy a **tudomásukra jutott biztosítási esemény(ek)et, illetve az esetleges kárhoz vezető körülmény(ek)et** haladéktalanul, de legkésőbb a biztosítási szerződési feltételekben rögzített határidőn belül **még a jelenlegi szerződésük hatálya alatt bejelenteni** szíveskedjenek felénk és majd általunk a biztosító részére. **A CASCO-nál a biztosítóváltás miatt a még idén bekövetkezett károkat LEGKÉSŐBB 2024.12.31-ig az Uniqa felé, míg a jövőre, 2025.01.01-et követő károkat már az Alfa Vienna felé szükséges bejelenteni! A KGFB és CSEB esetében a bejelentések továbbra is ugyanazon biztosító felé kell, hogy megtörténjenek, de a 2024.12.31-i hatállyal lejáró jelenlegi szerződések miatt ezek kapcsán is fontos, hogy a 2024-es károk még idén bejelentésre kerüljenek.**

Fentiekre való figyelemmel kérjük, hogy a kárbejelentési kötelezettségből adódóan - a biztosítási szerződési feltételekben leírtak alapján – a károk időben történő bejelentéséről gondoskodni szíveskedjenek annak érdekében, hogy a késedelmes kárbejelentés ne járjon a biztosító mentesülésével.

Kérdés esetén állunk rendelkezésükre!