



CARDIF

A CARDIF Biztosító Magyarország Zrt. csoportos biztosításának általános és különös feltételei az EnterNet 2001 Kft. által nyújtott szolgáltatásokhoz

Általános Biztosítási Feltételek

Jelen feltételek - ellenkező szerződéses kikötések hiányában - a CARDIF Biztosító Magyarország Zrt. és az EnterNet 2001 Kft. között létrejött 1/B/2009 EnterNet számú csoportos biztosítási szerződésekre (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést a jelen feltételekre hivatkozva kötötték, és a jelen feltételhez kapcsolódó különös feltételek másképp nem rendelkeznek.

1. § A szerződés alanyai

- 1.1. A biztosítási szerződés alanyai a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító.
- 1.2. A **Szerződő** az EnterNet 2001 Kft., amely a Biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést megkötő és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat megteszi, valamint a csoportos biztosítás első díját a Biztosítóknak megfizeti.
- 1.3. A **Közvetítő** a MIB Europe Zrt.
- 1.4. A **Biztosított** a Szerződéssel szerződéses jogviszonyban álló természetes személy, aki az alábbi feltételeknek megfelel:
 - 1.4.1. a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor életkora 18 és 60 év közötti, egészséges (azaz: megállapított krónikus betegség következtében nem áll tartós gyógyszeres kezelést igénylő rendszeres orvosi kezelés alatt),
 - 1.4.2. nincs keresőképtelen állományban,
 - 1.4.3. az elmúlt 12 hónap során sem volt több mint 30 egymást követő napon át keresőképtelen állományban,
 - 1.4.4. a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjáig sem ő, sem a munkáltatója nem kezdeményezett rendes vagy azonnali hatályú felmondást, közös megegyezéssel történő munkaviszony megszüntetést,
 - 1.4.5. a csatlakozási nyilatkozat aláírásának időpontjáig nem nyújtott be és nem kapott a munkáltatótól felmondó levelet,
 - 1.4.6. tudomása szerint nem tartozik az alkalmazottak azon körébe, akiknek az elkövetkező 12 (tizenkettő) hónapban a munkáltatónál végrehajtott átszervezés, alkalmazotti létszámcsökkentés, vagy a munkáltató esetleges csődje vagy felszámolása miatt megszüntethetnék a munkaviszonyát,
 - 1.4.7. nincs 30 (harminc) napnál régebben lejárt tartozása a Szerződő felé.
- 1.5. A **Biztosító** a CARDIF Biztosító Magyarország Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

2. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

- 2.1. A csoportos biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító között írásban jött létre.

3. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 3.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyekhez a Biztosítottak a csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.
- 3.2. A Szerződő elektronikus hírközlési szolgáltatási szerződést (továbbiakban: szolgáltatási szerződés) kötő ügyfele a csoportos biztosítási szerződéshez az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat:
 - 3.2.1. *írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján:*
 - 3.2.1.1. a szolgáltatási szerződés aláírásakor a Szerződő vagy közvetítője útján személyesen aláírt csatlakozási nyilatkozat megtételével,
 - 3.2.1.2. a szolgáltatási szerződés aláírását követően a Szerződő által tett közvetlen megkeresés (DM levél kampány) alapján tanúk előtt aláírt és a Szerződő részére eljuttatott írásbeli csatlakozási nyilatkozattal.
 - 3.2.2. *szóbeli vagy internetes csatlakozási nyilatkozat útján:*
 - 3.2.2.1. a szolgáltatási szerződés aláírását követően, távbeszélő útján tett szóbeli vagy internet útján tett elektronikus formátumú csatlakozási nyilatkozattal, mely a Szerződő által rögzítésre került.
- 3.3. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozattal:
 - 3.3.1. elfogadja a csoportos biztosítási szerződések feltételeit, hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen,
 - 3.3.2. a csoportos biztosítási szerződésekbe biztosítottként belép,
 - 3.3.3. felhatalmazást ad a Szerződőnek arra, hogy a csoportos biztosítás díját a havi szolgáltatási díjjal együtt tőle beszedje és a beszedett díjat a Biztosító részére átutalja,
 - 3.3.4. hozzájárul ahhoz, hogy
 - 3.3.4.1. a Szerződő a vele közölt, a biztosítási titok körébe tartozó, a csoportos biztosítási szerződések teljesítéséhez szükséges adatait a Biztosítóknak a biztosítási szerződések teljesítésének céljából átadja,
 - 3.3.4.2. a Biztosító a Biztosított személyes adatait, valamint a Biztosított egészségi állapotával, szolgáltatási szerződésével kapcsolatos - a

biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő - adatait beszerezze, nyilvántartsák, valamint kezeljék,

3.3.4.3. a Biztosító informatikai felügyeletét végző GIE BNP Paribas Assurance nevű cég, amely megfelel a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. tv. (a továbbiakban: biztosítási törvény) 76-77 §-a szerinti előírásoknak, a Biztosító által nyilvántartott adatokba betekintsen a biztosítási szerződések és a károk nyilvántartásának működtetése céljából.

4. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 4.1. A Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.
- 4.2. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a Biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 4.3. A Biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizheti, saját orvosa által vizsgálatot kezdeményezhet.
- 4.4. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási törvényben foglaltak szerint titokként kezelni.
- 4.5. A csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott Biztosítottakat kizárólag a rájuk vonatkozó biztosítási jogviszony felmondásának joga illeti meg.
- 4.6. Az egyes Biztosítottakat nem illeti meg (1) a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy (2) a rájuk vonatkozó biztosítási jogviszonyra vonatkozó szerződési feltételek módosításának és/vagy (3) a kedvezményezett megváltoztatásának a joga, az általuk tett bármilyen ilyen irányú vagy tárgyú ajánlat semmis.

5. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 5.1. A biztosítás tartama a szolgáltatási szerződés tartamához igazodik, mely tartam biztosítási időszakokra oszlik. Amennyiben a biztosítási jogviszony alapjául szolgáló szolgáltatási szerződési jogviszony valamilyen okból kifolyólag nyugszik, és ebből kifolyólag a Biztosított sem fizet havi szolgáltatási díjat, illetve biztosítási díjat, úgy azon időtartamra biztosítási szolgáltatás sem igényelhető.
- 5.2. A biztosítási időszak a naptári hónap, amennyiben jelen feltételek máshol, másként nem rendelkeznek.
 - 5.2.1. Az *első biztosítási időszak* a Biztosító kockázatviselésének kezdetétől az alább feltüntetett időpontig tart:
 - 5.2.1.1. a szolgáltatási szerződés aláírásakor a Szerződő vagy közvetítője útján személyesen aláírt csatlakozási nyilatkozat esetén annak a naptári hónapnak az utolsó napján 24 óráig, amely hónapban az első havi szolgáltatási díj esedékes,
 - 5.2.1.2. a szolgáltatási szerződés aláírását követően írásban tett csatlakozási nyilatkozat esetén a beérkezésének napját követő legközelebbi havi szolgáltatási díj esedékességének napján 24 óráig,
 - 5.2.1.3. a szolgáltatási szerződés aláírását követően szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén a rögzített telefonbeszélgetés napját követő legközelebbi havi szolgáltatási díj esedékességének napján 24 óráig.
 - 5.2.2. Az első biztosítási időszak tartama legfeljebb 120 (százhusz) nap lehet.
 - 5.2.3. Az *utolsó biztosítási időszak* annak a naptári hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a Biztosító kockázatviselése megszűnik és a kockázatviselés megszűnéséig tart.

6. § A Biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

- 6.1. A Biztosító kockázatviselése arra az időszakra terjed ki, amely alatt a Biztosítottnak szolgáltatási szerződése van a Szerződéssel.
- 6.2. Az írásbeli, szóbeli vagy interneten keresztül megtett csatlakozási nyilatkozat megtételével a biztosítási fedezet automatikusan hatályosul, az alábbi időpontok valamelyikének megfelelően:
 - 6.2.1. a szolgáltatási szerződés aláírásakor tett írásbeli nyilatkozat esetén, az aláírás napján 0 órától,
 - 6.2.2. a szolgáltatási szerződés aláírását követően tett írásbeli nyilatkozat esetén a szabályosan kitöltött és tanúk előtt aláírt nyilatkozatnak a Szerződőhöz történő beérkezését követő naptári napon 0 órától,
 - 6.2.3. a szolgáltatási szerződés aláírását követően tett szóbeli nyilatkozat esetén a Szerződő telefonos ügyfélszolgálatára részére tett - és a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített - szóbeli nyilatkozat megtételének napján 0 órától. Ez vonatkozik az interneten keresztül megtett nyilatkozatra is. A szóbeli vagy interneten keresztül megtett csatlakozást követően a Szerződő írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére.

7. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

- 7.1. A Biztosító kockázatviselése az összes kockázatra vonatkozóan megszűnik abban az időpontban, amelyek az alább felsoroltak közül leghamarabb bekövetkeznek:
 - 7.1.1. ha a Biztosított szolgáltatási szerződése bármely okból megszűnik, a szerződés megszűnésének napján 24 órakor,
 - 7.1.2. annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órakor, amelyben a Biztosított a 65. életévét betöltötte,
 - 7.1.3. a Biztosított halálának napján,

- 7.1.4. ha a Szerződő a Biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat az esedékességtől számított 60 (hatvan) nap elteltével nem fizette meg, az esedékesség napjától számított 60. napon 24 órákor,
- 7.1.5. a Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony azonnali hatályú felmondása vagy rendes felmondása esetén a felmondás hatályosulása napján 24 órákor,
- 7.1.6. azon a naptári napon 24 órákor, amely napon a Biztosított öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonul.
- 7.2. A Biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak esetében megszűnik abban az esetben is, ha a Biztosított a biztosítási díjat az esedékességtől számított 60 (hatvan) nap elteltével nem egyenlítette ki. A Biztosító a kockázatot a díj esedékességétől számított 60. napig viseli.
- 7.3. A Biztosított jogosult a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal a folyó biztosítási időszak végére felmondani. Ha a felmondás a folyó biztosítási időszak végét követő 5. naptári napon túl érkezik be a Szerződőhöz, akkor a felmondás csak a beérkezés hónapjának utolsó napján 24 órákor lép hatályba.

8. § Felmondás

- 8.1. A Biztosított jogosult a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal a folyó biztosítási időszak végére felmondani. Ha a felmondás a folyó biztosítási időszak végét követő 5. naptári napon túl érkezik be a Szerződőhöz, akkor a felmondás csak a beérkezés hónapjának utolsó napján 24 órákor lép hatályba.

9. § Területi hatály

- 9.1. A biztosítás valamennyi országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed, de a munkanélküliségi fedezet tekintetében a területi hatály a Magyar Köztársaság területére korlátozódik.

10. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

- 10.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke.
- 10.2. A Biztosított csatlakozását követően a díjfizetési kötelezettség a Biztosítottat terhel az alábbi rendelkezések szerint:
- 10.2.1. A biztosítás havi díjfizetésű.
- 10.2.2. A Biztosított minden biztosítási időszakra, függetlenül annak tartamától egységesen havi díjat fizet.
- 10.2.3. Az alkalmazandó díjtételt a csatlakozáskori Ügyfélértékelő rögzíti.
- 10.2.4. A Biztosított által fizetendő havi biztosítási díjat – a Biztosított által a Szerződő részére a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján - a Szerződő számítja ki és szedi be a havi szolgáltatási díjjal együtt, majd a beszedett díjat átutalja a Biztosítónak.

11. § Értékkövetés

- 11.1. A Biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

12. § A biztosítási esemény

- 12.1. A biztosítási szerződés alkalmazásában az egyes szerződői termékek esetében az alábbiak számitanak biztosítási eseménynek:

- Keresőképtelenség (balesetből vagy betegségből eredő betegállomány)
- Munkanélküliség

- 12.2. E szerződés szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett események és azok következményei minősülnek biztosítási eseménynek.
- 12.3. A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.

13. § A Biztosító szolgáltatása

- 13.1. A Biztosító a biztosítási események bekövetkezésekor a Szerződő részére, de a Biztosított helyett megfizeti a Szerződő által a Biztosítottnak nyújtott szolgáltatás havi díjának általános forgalmi adóval növelt összegét és az esedékes biztosítási díjat (havi szolgáltatási díj)
- 13.2. A Biztosító kizárólag a biztosítási eseményt kiváltó állapot fennállásának időtartama alatt esedékes havi szolgáltatási díjakat vállalja át, míg az állapot fennáll, de legfeljebb a Különös Biztosítási Feltételekben rögzített tartamig
- 13.3. A Biztosító egy biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa legfeljebb 20.000.000,- (húszmillió) forint.

14. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- 14.1. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul - de legkésőbb 2 (kettő) éven belül - bejelenteni a Biztosítónak az alábbi címen illetve telefonszámon:
CARDIF Biztosító Magyarország Zrt.
Kárrendezési osztály- 1033, Budapest Kórház u. 6-12.
Telefon: (1) 501-2355, Fax.: (1) 501-2301
- 14.2. A Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak.
- 14.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:
- 14.3.1. a Szerződőtől a Biztosított csatlakozási nyilatkozatát,
- 14.3.2. a Biztosított által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
- 14.3.3. hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó jogerős határozatot, vagy bírósági ítéletet,
- 14.3.4. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
- 14.3.5. a Biztosító által meghatározott egyéb dokumentumokat, vagy azok másolatait (pl. táppénzes lap, műtéti leírás dokumentációja,

diagnosztikus leletek, kórházi zárójelentés, stb.), amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,

- 14.3.6. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.
- 14.4. Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- 14.5. A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 (tizenöt) napon belül esedékes.
- 14.6. A Biztosító a biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak egy jogcímen teljesíti. Ha a Biztosítottnak a biztosítási szolgáltatás teljesítésének tartama alatt egy másik jogcímen is szolgáltatási igénye keletkezik, a Biztosító az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít mindaddig, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult.

15. § A biztosító mentesülése

- 15.1.1. A közlési kötelezettség megsértése esetében a Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 15.1.2. Amennyiben a Biztosítónak a biztosítási esemény után tudomására jut, hogy azt bármely olyan körülmény idézte elő, amely a kockázatviselés kezdetekor - szándékosan pontatlan vagy hiányos információk miatt - nem volt előre meghatározható, holott a kockázatvállalás szempontjából lényeges lett volna, a Biztosító jogosult a szolgáltatását megtagadni.
- 15.1.3. A Biztosító mentesülnek a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított – a biztosítás hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével, függetlenül attól, hogy azt tudatavarában követte el.
- 15.1.4. Amennyiben a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével a Biztosító jogosult a szolgáltatását csökkenteni. A szolgáltatás csökkentésének mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.
- 15.1.5. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetek, illetve betegségek minősül, ha:
- 15.1.5.1. a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
- 15.1.5.2. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be, vagy bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán áll be,
- 15.1.5.3. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószert vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, a gépjárművezetés közben a 0,0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.
- 15.1.5.4. a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett, vagy
- 15.1.5.5. a biztosítási eseményt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, vagy
- 15.1.5.6. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá
- 15.1.5.7. diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként uszítvány, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.
- 15.1.6. Amennyiben a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével a Biztosító jogosult a szolgáltatását csökkenteni. A szolgáltatás csökkentésének mértékét a Biztosító orvosa állapítja meg.

16. § Kizárások

- 16.1. A Biztosító kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 16.1.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény),
- 16.1.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás),
- 16.1.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvoslág előírt terápiás célú sugárkezelést),
- 16.1.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával, vagy

- 16.1.5. HIV fertőzéssel (kivéve azokat a speciális eseteket, amikor a fertőződés, olyan körülmények között történt, amit a biztosított nem tudott elkerülni; például laboratóriumi fertőződés, vagy fogorvosi manipuláció),
- 16.1.6. nemi érintkezés útján terjedő egyes fertőző betegségekkel (például hepatitis C vírus),
- 16.1.7. egyéb kockázatosnak minősülő tevékenységekkel, különösen a bűvárokodás, barlangászat, hegymászás, egyéni hajózás, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat.
- 16.2. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított balesete vagy betegsége
- 16.2.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be, vagy
- 16.2.2. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye, vagy
- 16.2.3. hivatásos sportolónként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be.
- 16.3. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, vagy kóros állapottal, illetve a veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha arról a biztosított tudomással bírt.
- 16.4. A Biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban adott szándékosan valótlan válaszai esetén a Biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.
- 16.5. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosító kockázatviselésének kezdetekor rokkantnyugdíjas vagy rehabilitációs járadékban részesül.
- 16.6. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve a sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 16.7. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A Biztosító jogosult a szolgáltatást részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
- 16.8. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén, vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei (polidiszkopátia) és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.).

17. § A panaszok bejelentése

- 17.1. A csoportos biztosítási szerződésekkel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a Biztosítónál, valamint a Budapesti Kereskedelmi és Iparkamara mellett működő Békéltető Testületnél lehet bejelenteni az alábbi címeken:
- CARDIF Biztosító Magyarország Zrt.
Cím: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.
Telefon: (1) 501-2355, Fax: (1) 501-2301
 - Budapesti Kereskedelmi és Iparkamara mellett működő Békéltető Testület
Cím: 1016 Budapest, Krisztina krt. 99.
A Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszost értesíteni.
- 17.2. A Biztosító felügyeleti szerve:
Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- 17.3. A csoportos biztosítási szerződésekkel eredő követelések érvényesítésére indított valamennyi perben – hatáskörtől függően - kizárólag a Pesti Központi Kerületi Bíróság illetve a Fővárosi Bíróság illetékes.

18. § Egyéb rendelkezések

- 18.1. A Biztosító köteles a biztosítási törvény 153-161. §§-aiban meghatározott biztosítási titokra vonatkozó szabályokat maradéktalanul betartani.
- 18.2. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosított, illetve annak törvényes képviselője erre vonatkozóan írásban felmentést ad, a biztosítási titok körét pontosan megjelölve.
- 18.3. A Biztosító a biztosítási titkot kizárólag a biztosítási törvény 157. § (1.) bekezdésében felsorolt szerveknek (pl. a felügyelet, a folyamatban lévő büntető eljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség, büntető-, csőd-, vagy felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, az adóhatóság, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat, a versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal, a feladatkörében eljáró gyámhatóság, az egészségügyi hatóság, a titkosszolgálati eszközök alkalmazására feljogosított szerv, a viszontbiztosító, a kiszervezett tevékenységet végző, stb.) és csak az ott jegyzett körben szolgáltatathatja ki.
- 18.4. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosítónak a biztosítási törvény 158. § szerinti adattovábbítása, továbbá a 159. § szerinti adatszolgáltatása.
- 18.5. A Biztosító a hozzá eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzá.
- 18.6. A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 (kettő) év elteltével elévülnek.
- 18.7. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

A Biztosító a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött csoportos biztosítási szerződés értelmében, az ugyanott meghatározott díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak az Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő 60 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 61. napja, de a Biztosító az első szolgáltatását a 61. napot követő első havi szolgáltatási díj esedékességekor fizeti meg a Szerződő részére.
- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a biztosítási esemény időpontjától esedékes bruttó havi szolgáltatási díjat fizeti meg a Szerződő részére, beleértve a biztosítás esedékes díját is.
- 2.2. A Biztosító a bruttó havi szolgáltatási díjat a biztosítási esemény, vagy a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, de legfeljebb 6 (hat) egymást követő hónapig fizeti.
- 2.3. Ha a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 (hatvan) napon belül a Biztosított a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinteni és a keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat.
- 2.4. A Biztosító két szolgáltatási időszak között 6 (hat) havi várakozási időt köt ki. Ezután nyílik lehetőség újabb 6 (hat) hónapos szolgáltatási időszak megkezdésére. A Biztosító összesen 18 (tizennyolc) hónapi szolgáltatást teljesít. Ennek kimerülte után a jelen biztosítási fedezet keresőképtelenségi kockázatra tovább nem térít.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri.
- 3.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány szolgáltatási és másolatát.
- 3.1.2. a kéreseményt megelőzően, a Szerződő által kibocsátott legutolsó számla másolatát.
- 3.2. Szükség szerint a Biztosító további számlamásolatokat, illetve a szolgáltatási szerződés másolatát benyújtását kérheti.
- 3.3. Az igazolást a Biztosítottnak havonta kell megküldeni a Biztosító részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást abban a hónapban, de legkésőbb az azt követő hónap 5.-ig kell eljuttatni, amelyben a Biztosított keresőképtelen volt.
- 3.4. Ha a Biztosított a 3.2 szerinti kért nem igazolja a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást, amennyiben a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

4. § Kizárások

- 4.1. A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
- 4.1.1. aszténiával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.2. pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.3. detoxikálással, alvászterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.4. geriátriai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.5. rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.6. gyógytornával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.7. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázzsal, fűrdőkúrával, gyógykúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.8. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal, (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.9. anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:
- 4.1.9.1. terhesség és szülés miatti keresőképtelenség
- 4.1.9.2. gyermekápolási táppénz,
- 4.1.9.3. GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége,
- 4.1.9.4. művi terhesség-megszakítás miatti keresőképtelenség, kivéve a nem szociális, hanem orvos által elrendelt, egészségügyi okú terhesség-megszakítást,
- 4.1.9.5. spontán vetélés eseteivel kapcsolatos keresőképtelenség,
- 4.1.9.6. mesterséges megtermékenyítés, valamint a sterilizálás kezelésével kapcsolatos keresőképtelenség,
- 4.1.10. a sorkatonai (polgári) szolgálatot teljesítő Biztosított keresőképtelensége,
- 4.1.11. olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,
- 4.1.12. olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,

Különös Biztosítási Feltételek Keresőképtelenségi kockázat

- 4.1.13. a keresőképtelenség időtartama alatt megkötött további szolgáltatási szerződésekre,
4.1.14. a szolgáltatási szerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül az a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
5.2. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
5.3. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen** az, aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül, illetve az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkülönítenek, továbbá aki járványügyi-, illetőleg állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

A Biztosító a jelen különös biztosítási feltételek alapján megkötött csoportos biztosítási szerződés értelmében, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak az Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett 60 (hatvan) egymást követő napot meghaladó álláskeresőként (munkanélkülüként) történő nyilvántartása.
1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként (munkanélkülüként) nyilvántartott állapotának a 61. napja, de a Biztosító az első szolgáltatását a 61. napot követő első havi szolgáltatási díj esedékességekor fizeti meg a Szerződő részére.
1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett véletlen és önhibáján kívüli álláskeresővé (munkanélkülivé) válása minősül biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megfizeti a Szerződő részére a Biztosított álláskeresőként (munkanélkülüként) történő nyilvántartásának 61. napját követően esedékessé váló bruttó havi szolgáltatási díjat, beleértve a biztosítás esedékes díját is.
2.2. A Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az alább felsorolt időpontok közül a leghamarabb bekövetkezik:
2.2.1. a Biztosított álláskeresőkénti (munkanélkülükénti) nyilvántartása megszűnésének időpontjáig, vagy
2.2.2. a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig (ez a rendelkezés nem alkalmazható abban az esetben, ha a Biztosító kockázatviselése 60 (hatvan) napot meghaladó díjfizetési késedelem miatt szűnt meg, de a biztosítási esemény még a kockázatviselés díjnmfizetés miatti megszűnését megelőzően következett be),
2.2.3. de legfeljebb 6 (hat) egymást követő hónapig.
2.1. Álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében az újbóli szolgáltatásra való jogosultság - amennyiben a 6 (hat) havi szolgáltatás kifizetésével szűnt meg a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége - a megszűnést követő 6 (hat) havi - díjfizetéssel lefedett - időszak után nyílik újra.
2.2. A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 18 (tizennyolc) hónap szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

3. § Várakozási idő

- 3.1. Álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetére a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 60 (hatvan) napos várakozási időt határoz meg. Ha a Biztosított munkaviszonya a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. § A munkanélküliségi szolgáltatásra való jogosultság speciális feltételei

- 4.1. A Biztosító csak abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha a Biztosított a munkanélkülivé válását megelőzően legalább 6 (hat) hónapig folyamatosan a Munka Törvénykönyve szerinti határozatlan időtartamú munkaviszonnyal rendelkezett.

5. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 5.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:

- 5.1.2. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
5.1.3. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
5.1.4. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
5.1.5. a munkáltató levelét a munkaviszony felmondásáról,
5.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső, valamint
5.1.7. az álláskeresési járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
5.1.8. a kéreseményt megelőzően, az EnterNet által kibocsátott legutolsó számla másolatát.
5.2. Szükség szerint a Biztosító további számlamásolatok, illetve a szolgáltatási szerződés másolat benyújtását kérheti.
5.3. A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását a Biztosítottnak havonta kell megküldeni a Biztosító részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást abban a hónapban, de legkésőbb az azt követő hónap 15-ig kell eljuttatni, amelyben a Biztosított munkanélküli volt.
5.4. Ha a Biztosított az 5.3 pont szerintieket nem igazolja a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőlegesen hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

6. § Kizárások

- 6.1. A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
6.1.2. a határozott tartamú munkaviszonyra,
6.1.3. a nem munkaviszonyban álló Biztosítottakra (pl. egyéni vállalkozókra, megbízási jogviszony keretében foglalkoztatottakra, vagy egyéb jogviszony alapján folytatott kereső foglalkozásokra),
6.1.4. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett rendes felmondás miatti megszűnésére,
6.1.5. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
6.1.6. a munkaviszonynak a munkáltató által rendkívüli felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt rendes felmondással élt,
6.1.7. a munkáltató általi rendes felmondásra öregségi-, rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
6.1.8. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,
6.1.9. a felmondó levél kézhezvételének napját követően kötött szolgáltatási szerződésekre.

7. § Fogalom meghatározások

- 7.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, a munkaügyi központ/kirendeltség a vonatkozó jogszabályok alapján álláskeresőként (munkanélkülüként) nyilvántart.