

Biztosítási terméktájékoztató
a Takarékbank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos
hitelfedezeti biztosításhoz

Jelen terméktájékoztató a Takarékbank Zrt. által nyújtott személyi kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítás főbb jellemzőit tartalmazó egyszerűsített tájékoztató anyag, mely (1) nem tartalmazza az alkalmazandó feltételek összességét és (2) nem képezi a biztosításra vonatkozó szerződési feltételek részét. A jelen terméktájékoztató és az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) és/vagy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek (KBF) között fennálló esetleges ellentmondás esetén az ÁBF és a vonatkozó KBF rendelkezései irányadók. A csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek megismerése céljából kérjük, olvassa el a mellékelt Általános és Különös Biztosítási Feltételeket. Felhívjuk figyelmét, hogy a csoportos hitelfedezeti biztosítás nem automatikus, hanem választható, ezért hatálya Önre, mint Biztosítottra csak abban az esetben terjed ki, ha ezen szolgáltatást igényelte!

Szerződő:	Takarékbank Zrt. (a továbbiakban: Bank) Székhely: 1117 Budapest, Magyar tudósok körútja 9. Cégjegyzékszám: 01-10-140275 A Bank a Biztosítottaknak a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el. Ezzel kapcsolatban részletes tájékoztatást a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban talál. A Biztosításközvetítői Tájékoztató megtalálható a Bank honlapján is.	
Biztosító:	CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (a továbbiakban Életbiztosító) Cégjegyzékszám: 01-10-045857 (haláleseti szolgáltatás) Székhely: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) Cégjegyzékszám: 01-10-046150 (minden további biztosítási szolgáltatás) Székhely: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület	
Biztosított:	Biztosítottként azok a természetes személyek csatlakozhatnak a csoportos biztosítási szerződéshez, akik a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában betöltötték a 18. életévüket, de életkoruk nem haladta meg a választott biztosítási csomagra megállapított korhatárt (ld. alább).	
Biztosítási csomagok, fedezett kockázatok:	„A” csomag	„B” csomag
	Fedezett kockázatok: 1) Haláleset 2) legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás 3) Keresőképtelenség (táppénz) (66 éves korig) 4) Munkanélküliség (ha a biztosított a munkanélküliségi KBF 6.3. pontja szerinti munkaviszonnal rendelkezik) (66 éves korig) 5) 3 napot meghaladó kórházi kezelés (ha a biztosított nem rendelkezik a munkanélküliségi KBF 6.3. pontja szerinti munkaviszonnal)	Fedezett kockázatok: 1) Haláleset 2) legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás 3) 3 napot meghaladó kórházi kezelés
Területi hatály:	Haláleseti kockázat	A biztosítási esemény (a Biztosított halála) a világ bármely országában bekövetkezhet.
	Legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás Keresőképtelenség 3 napot meghaladó kórházi kezelés	A biztosítás a Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azzal, hogy a Biztosított egészségkárosodását / keresőképtelenségét / kórházi kezelését okozó baleset vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet.
	Munkanélküliség	A biztosítás az Európa országaiban bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, kivéve Törökországot és a volt Szovjetunió azon utódállamait, amelyek nem EU-tagok.

<p>Biztosítási szolgáltatás:</p>	<p>Halál esetén az Életbiztosító, legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás esetén a Biztosító kifizeti a szerződéses hitelösszeget, melyből (1) a Biztosított hitel technikai számlájára utalja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában fennálló tartozás összegét, (2) a Biztosított, illetve halálozás esetén a Biztosított örököse részére (több örökös esetén az örökösök között fejenként egyenlő arányban megosztva) átutalja a szerződéses hitelösszeg és a fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét. 30 napot meghaladó keresőképtelenség, illetve munkanélküliség esetén a Biztosító havonta megfizeti a törlesztőrészlet, de legfeljebb 250 ezer Ft kétszeresét, fele-fele arányban a Biztosított hitel technikai számlájára, illetve a Biztosított által megjelölt bankszámlára. A Biztosító a szolgáltatást a keresőképtelenség vagy regisztrált munkanélküliség ideje alatt nyújtja, annak 31. napját követően, legfeljebb 6 hónapon keresztül.</p> <p>3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén a Biztosító napi 10 000 Ft-ot fizet a Biztosított részére a kórházi tartózkodás időtartamára, annak 4. napjától kezdődően, legfeljebb 30 napon keresztül.</p>	
<p>A kockázatviselés kezdete:</p>	<p>A Biztosítók kockázatviselésének kezdő időpontja a csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő nap 0 óra, de legkorábban a kölcsön folyósításának napja 0 óra.</p>	
<p>A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:</p>	<p><i>Várakozási idő (munkanélküliség esetén):</i></p>	<p>Ha a Biztosított munkaviszonya a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül szűnt meg, úgy a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.</p>
<p><i>Szolgáltatási maximum:</i></p>	<p>Munkanélküliség és keresőképtelenség esetén egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 6 havi szolgáltatást, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 24 havi szolgáltatást nyújt a Biztosító.</p>	
<p><i>Szolgáltatási maximum:</i></p>	<p>3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 30 napi szolgáltatást, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 120 napi szolgáltatást nyújt a Biztosító.</p>	
<p><i>Szolgáltatási maximum:</i></p>	<p>egy Biztosítottra vonatkozó összesen kifizethető összeg függetlenül a bekövetkezett biztosítási események számától és a szolgáltatás mennyiségétől) 20.000.000 forint (külön-külön a Biztosítóra és az Életbiztosítóra)</p>	
<p><i>Újbóli szolgáltatásra való jogosultság:</i></p>	<p>keresőképtelenségi- vagy munkanélküliségi szolgáltatás esetén: Ha egy adott biztosítási esemény alapján a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetésével megszűnt, akkor <i>(i)</i> keresőképtelenségi szolgáltatás utáni újabb keresőképtelenségi igény vagy <i>(ii)</i> munkanélküliségi szolgáltatást követő újabb munkanélküliségi igény esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosítottat illetően újabb biztosítási esemény következett be (munkanélküliség esetében a Biztosított a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően ismételten a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 6.3. pontja szerinti munkaviszonyt létesített, majd legalább 12 hónap elteltét követően ismételten munkanélkülivé vált), és (2) a Biztosító szolgáltatásának a 6 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése, valamint az újbóli jogosulttá válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.</p> <p>3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén: Egy adott biztosítási esemény alapján nyújtott 30 napi szolgáltatást követően a Biztosító kizárólag abban az esetben nyújt újabb szolgáltatást, ha (1) újabb biztosítási esemény következett be és (2) az újabb biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés kezdőnapja és a korábbi biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés utolsó napja között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.</p>	
<p><i>Teljesítési határidő:</i></p>	<p>A Biztosító szolgáltatása az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum Biztosítóhoz történő beérkezését követő 15 napon belül esedékes.</p>	
<p><i>Elévülési idő:</i></p>	<p>Az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésének időpontjától számított 5 év.</p>	
<p><i>Mentesülési okok:</i></p>	<p>Ld. az ÁBF 15.§-át.</p>	
<p><i>Kizárások:</i></p>	<p>Ld. az ÁBF 16.§-át, valamint a vonatkozó KBF 4.§-át (munkanélküliségi kockázat esetében a KBF 5.§-át)</p>	
<p><i>Díjfizetés:</i></p>	<p>A biztosítás díját a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítók részére, majd a megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja Önre, mint Biztosítottra. A díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.§-ában, az áthárított biztosítási díj mértékét ld. a jelen Biztosítási Terméktájékoztató végén.</p>	

A biztosítási esemény bejelentése:	<p>A biztosítási eseményt haladéktalanul be kell jelenteni (az érintett biztosítónak címezve) az alábbi címen, illetve telefonszámon:</p> <p>CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (haláleset esetén) CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (egyéb esetekben)</p> <p>Kárrendezési Igazgatóság Levelezési cím: 1300 Budapest, Pf.:124 E-mail: csoportoskar@cig.eu Telefon: +36 1 501 2255</p> <p>A biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó részletes rendelkezéseket az ÁBF 14.§-a, valamint a vonatkozó KBF 3.§-a (munkanélküliségi kockázat esetében 4.§-a) tartalmazza.</p>	
A biztosítás megszüntetése:	<p>Ön a biztosítást szóbeli nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételét követő első 30 napban a Bankhoz intézett írásos nyilatkozattal azonnali hatállyal felmondhatja, mely esetben az addig esetlegesen Ön által már megfizetett áthárított biztosítási díjat a Bank jóváírja Önnek. Ön a 30. napot követően is bármikor, illetve írásbeli nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a csatlakozás időpontjától kezdve bármikor felmondhatja írásban a biztosítást a következő törlesztőrészlet esedékességére, 15 napos értesítési határidővel.</p>	
<p>Az Életbiztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést a honlapján teszi közzé: https://www.cigpannonia.hu/rolunk/jelentesek-tajekozatok</p>		
	„A” csomag	„B” csomag
Csatlakozási korhatár:	18. életév betöltésétől a 66. életév betöltésének napját megelőző napig	66. életév betöltésétől a 78. életév betöltésének napját megelőző napig
Kockázatviselési korhatár:	legfeljebb a 80. életév betöltését követő év január hónap azon napja, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes	legfeljebb a 80. életév betöltését követő év január hónap azon napja, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes
A biztosítás havi áthárított díja:	a szerződéses hitelösszeg 0,35 %-a	a szerződéses hitelösszeg 0,55%-a

FONTOS! A biztosítási szerződésre tekintettel bejelentett szolgáltatási igény benyújtása a Biztosítottat a kölcsönszerződés alapján a Bank felé fennálló fizetési kötelezettségei alól nem mentesíti. A Bank felé a Biztosított köteles az esedékessé váló törlesztőrészleteket a Biztosító teljesítéséig megfizetni. A Biztosító szolgáltatása teljesítését követően a Bank a Biztosítottal, illetve örökösével a fennmaradt tartozást/túlfizetést illetően elszámol.

A csoportos hitelfedezeti biztosítás általános feltételei a Takarékbank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsön szerződésekhöz

Általános Biztosítási Feltételek

(mindkét Biztosító szolgáltatására egyaránt vonatkoznak)

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet

- az **ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK** 1.3., 3.2., 3.4., 3.8., 3.9., 6.1.2., 6.1.3., 6.1.9., 7.3.4. pontjára, 8.§-ára, 9.8., 9.9., 9.12., 9.13., 12.2., 13.2., 13.3.2., 14.2., 14.3.6., 14.4., 14.6., 14.7., pontjaira, 15.§-ára, 16.§-ára, 18.2. pontjára,
- a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – LEGALÁBB 70%-OS MÉRTÉKÜEGÉSZSÉGGÁROSODÁS KOCKÁZAT** 4.§-ára,
- a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - KERESŐKÉPTELENSÉGI KOCKÁZAT** 1.1., 1.3., 2.1., 2.2., 2.4., 2.5., 3.4. pontjaira és 4.§-ára,
- a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - MUNKANÉLKÜLSÉGI KOCKÁZAT** 1.1., 1.3, 2.2-2.4. pontjaira, 3.§-ára, 4.4. pontjára és 5.§-ára. és 6.3. pontjára, valamint
- a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - 3 NAPOT MEGHALADÓ KÓRHÁZI KEZELÉS KOCKÁZAT** 1.1., 2.1-2.3. pontjaira és 4. §-ára.

1. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte, a biztosítási jogviszony alanyai

- 1.1. A csoportos biztosítási szerződés a szerződő és a Biztosítók között írásban jön létre.
- 1.2. A **Biztosító** a haláleseti szolgáltatás esetében a **CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.**, a továbbiakban **Életbiztosító**), a többi szolgáltatás esetében a **CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.**, a továbbiakban **Biztosító**) (továbbiakban együttesen **Biztosítók**).
- 1.3. A **Biztosított** a Bankkal személyi kölcsönszerződéses jogviszonyban (a továbbiakban: **Kölcsönszerződés**) álló azon természetes személy, aki **(i)** a 18. életévét már betöltötte, **(ii)** a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott és **csatlakozásakor életkora még nem haladta meg az igényelt biztosítási csomag szerinti csatlakozási korhatárt (ld. a 2.3. pontban), (iii)** őt erre való tekintettel a Bank a Biztosító(k)nak lejelenti, mint biztosítottat és **(iv)** akire vonatkozóan a Bank, mint szerződő a biztosítási díjat megfizeti. **A Biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselés legkésőbb a 6.1.2., illetve a 6.1.3. pont szerinti időpontig állhat fenn.**
- 1.4. A **szerződő** a Takarékbank Zrt. (a továbbiakban: **Bank**), amely a Biztosítókkal a csoportos biztosítási szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi és a biztosítási díjat megfizeti (a biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – a Bank áthárítja a Biztosítottra - a díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 9.§ rendelkezéseit). A Bank a Biztosítottra vonatkozó biztosított jogviszony létrejövetelkor a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el.
- 1.5. **Kedvezményezett: a halál, illetve rokkantság**

esetére járó szolgáltatási összegből a fennálló kölcsöntartozás mértékéig a Bank részesül, az afelletti rész rokkantság esetén a Biztosítottat, halála esetén az örökösét illeti. A keresőképtelenség és munkanélküliség esetén járó szolgáltatási összeg fele a Biztosítottat, fele a Bankot illeti meg. A kórházi kezelés kockázat kedvezményezettje a Biztosított.

2. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 2.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.
- 2.2. A Bank a jelen biztosítási feltételeket **(1)** a kölcsönszerződés megkötését megelőző csatlakozás esetén a kölcsönszerződésre vonatkozó szerződési dokumentumokkal együtt, **(2)** a kölcsön folyósítását követő csatlakozás esetén a 2.5. pont szerinti írásbeli visszaigazolásához mellékelve, illetőleg - a Biztosított erre vonatkozó előzetes hozzájárulása esetén – a honlapján történő elhelyezéssel és a hozzáférési link elküldésével bocsátja a Biztosított rendelkezésére.
- 2.3. A Bank kölcsönszerződést kötő, vagy már aláírt kölcsönszerződéssel rendelkező ügyfele a csoportos biztosítási szerződéshez az alábbi módokon csatlakozhat és választhatja meg, hogy melyik biztosítási csomagot igényli (az egyes csomagok alapján fedezett kockázatokat ld. a 12.1. pontban):
 - 2.3.1. **írásbeli csatlakozás** (a kölcsönigénylés aláírásával egyidejűleg aláírt - a kölcsönigénylés részét képező - csatlakozási nyilatkozattal)
 - 2.3.2. **szóbeli csatlakozás** (a Bank telefonos ügyfélszolgálatával által – akár a kölcsönszerződés megkötését megelőzően, akár a folyósítást követően - tett közvetlen telefonos megkeresés alapján, rögzített szóbeli csatlakozási nyilatkozattal)
- 2.4. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor (egyéb nyilatkozatok megtétele mellett):
 - 2.4.1. nyilatkozik arról, hogy **(i)** a 18. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 66. életévét („A” csomag választása esetén), vagy **(ii)** a 66. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 78. életévét („B” csomag választása esetén),
 - 2.4.2. elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosítók kockázatviselése rá kiterjedjen,
 - 2.4.3. a csoportos biztosítási szerződéshez Biztosítottként csatlakozik,
 - 2.4.4. hozzájárul, hogy a Bank az általa szerződői minőségben megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét áthárítsa a Biztosítottra, egyben vállalja az áthárított biztosítási díj megfizetését (ld. még a 9.§-ban).
- 2.5. A Bank írásbeli visszaigazolást küld a szóbeli nyilatkozattal csatlakozott Biztosított részére arról, hogy a csoportos biztosítási szerződés hatálya rá a szóbeli csatlakozási nyilatkozata alapján az 5.3.2. pontban rögzített kockázatviselési kezdettől kiterjed. A Bank a visszaigazolásához mellékelve a vonatkozó biztosítási feltételeket is. A visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Biztosított a biztosított jogviszonyát a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal azonnali hatállyal

felmondhatja (ld. még a 7.1. pontban).

3. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 3.1. A Bank köteles **(1)** a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint **(2)** a Biztosítók által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol, **(3)** a biztosítási díjat a Biztosítóknak megfizetni (a Bank az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra).
- 3.2. **A Biztosított köteles a Bank részére megfizetni a Bank által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj áthárítására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 9. §-ban).**
- 3.3. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosítók által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.
- 3.4. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Bank és a Biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt, adatot a Biztosítókkal írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Bank és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén (ideértve a szándékosan valótlan tartalmú csatlakozási nyilatkozat tételét is) a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a csoportos biztosítási szerződés megkötésekor, illetőleg a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.**
- 3.5. A Biztosítók a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizhetik, saját orvosuk által vizsgálatot kezdeményezhetnek.
- 3.6. A Biztosítók kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv.-ben (továbbiakban: Bit.) foglaltak szerint titokként kezelni.
- 3.7. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.
- 3.8. **A Biztosítottakat kizárólag a biztosítotti jogviszonyuk azonnali hatályú felmondásának (ld. a 7.1. pontban) és rendes felmondásának (ld. a 7.2. pontban) joga illeti meg.**
- 3.9. **A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a csoportos biztosítási szerződésbe történő belépésnek, (2) a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosítotti jogviszonyukra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.**

4. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 4.1. A biztosítás tartama a Biztosítók kockázatviselésének kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, amely biztosítási időszakokra oszlik.
- 4.2. **A biztosítási időszak az alábbi eltérésekkel egy hónap, mely az adott havi törlesztőrészlet esedékességétől a soron következő havi**

törlesztőrészlet esedékességéig tart.

- 4.2.1. Az első biztosítási időszak a Biztosítók kockázatviselésének kezdetétől a csatlakozást követő első törlesztőrészlet esedékességéig tart.
- 4.2.2. Az utolsó biztosítási időszak a megelőző biztosítási időszak utolsó napját követő napon kezdődik és a kockázatviselés megszűnéséig tart.

5. § A Biztosítók kockázatviselésének kezdete, tartama

- 5.1. A csoportos biztosítási szerződés alapján nyújtott kockázatviselés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor ad meg.
- 5.2. Ha a jelen feltételek (ld. 6.1. pont egyes alpontjait), a csoportos biztosítási szerződés és/vagy a vonatkozó különös biztosítási feltételek eltérően nem rendelkeznek, a Biztosítók kockázatviselése a Biztosított kölcsönszerződésének tartamán belül arra az időszakra terjed ki, amely alatt a Biztosítottnak kölcsöntartozása áll fenn a Bankkal szemben.
- 5.3. A Biztosítók a kockázatot az alábbi időponttól viselik:
 - 5.3.1. a kölcsön folyósítását megelőzően tett (akár írásbeli, akár szóbeli) csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a folyósítás napján 0 órától,
 - 5.3.2. a folyósítást követően telefonon tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a szóbeli csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő nap 0 órától.

6. § A Biztosítók kockázatviselésének megszűnése

- 6.1. Mindkét Biztosító kockázatviselése megszűnik:
 - 6.1.1. a Biztosított kölcsönszerződésének bármely ok miatti megszűnése esetén az utolsó havi törlesztőrészlet esedékességének a napján 24 órakor,
 - 6.1.2. **a Biztosított 80. életévének betöltését követő naptári év január hónapjának azon napján, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes,**
 - 6.1.3. a Biztosított halálával,
 - 6.1.4. a biztosítotti jogviszony határidőn belül tett azonnali hatályú felmondása (ld. 7.1. pont) esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. még 7.1.3. pont) míg a biztosítotti jogviszony rendes felmondása esetén (ld. 7.2. pont) a felmondási idő lejártát követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órakor,
 - 6.1.5. a csoportos biztosítási szerződésnek a Bank vagy a Biztosító általi azonnali hatályú felmondása esetén (ld. a 7.3.1. és a 7.3.2. pontokat) a felmondás átvételének napján 24 órakor biztosított személyekre vonatkozóan a Bank által utoljára megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 9.7. pontban) utolsó napján 24 órakor,
 - 6.1.6. a csoportos biztosítási szerződésnek a Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén (ld. a 7.3.4. pontban) a felmondási idő lejáratakor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor,
 - 6.1.7. ha a Biztosított aktuális kölcsöntartozását a Biztosító a biztosítási események bekövetkezése esetén kiegyenlíti,
 - 6.1.8. **az esetlegesen meg nem fizetett áthárított biztosítási díj esedékességtől számított 90. napon 24 órakor, ha a Biztosított a Bank által**

küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Banknak az áthárított biztosítási díjat és emiatt a Bank, mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül (ld. még a 9.13. pontban).

- 6.2. A Biztosító a munkanélküliség és keresőképtelenség kockázatot a Biztosított 66. életévének betöltéséig viseli.

7. § Felmondás

- 7.1. A biztosítotti jogviszony azonnali hatályú felmondása

7.1.1. A Biztosított a csatlakozása folytán létrejött biztosítotti jogviszonyt a Bank által küldött írásbeli visszaigazolás (ld. még a 2.5. pontban) kézhezvételétől számított 30 napon belül indoklási- és fizetési kötelezettség nélkül írásban (levélben) azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a Biztosított a felmondó nyilatkozatát a 30 napos határidő lejártá előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi.

7.1.2. A határidőn túl tett felmondó nyilatkozat a 7.2. pont szerinti rendes felmondásnak minősül.

7.1.3. A Biztosított azonnali hatályú felmondása a Bankhoz történő beérkezése napján lép hatályba. Az azonnali hatályú felmondást legkésőbb az elküldését követő negyedik munkanapon 24 órákor beérkezettnek kell tekinteni azzal, hogy a Biztosító bizonyíthatja, hogy a felmondó nyilatkozatot a Bank korábban vette kézhez.

- 7.2. A biztosítotti jogviszony rendes felmondása

A Biztosított jogosult a biztosítotti jogviszonyt a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, 15 napos felmondási idővel a következő törlesztő részlet esedékességének napjára felmondani.

- 7.3. A csoportos biztosítási szerződés felmondása (i) azonnali hatályú felmondás, illetőleg (ii) rendkívüli felmondás útján

7.3.1. Amennyiben a Biztosítók vagy a Bank a csoportos biztosítási szerződésben foglalt lényeges kötelezettségeiket nem, vagy nem szerződésszerűen teljesítik, a sérelmet szenvedett Felet megilleti az azonnali hatályú felmondás joga, amely esetben a szerződés mindkét Biztosító és a Bank tekintetében megszűnik. A Biztosítók kizárólag együttesen gyakorolhatják felmondási jogukat, illetve a Szerződő felmondása mindkét Biztosítóra kihat. A felmondás jogával bármely Fél akkor élhet, ha a szerződésszegő Félhez intézett írásbeli nyilatkozatban - a bizonyítékokra hivatkozással - közli a szerződésszegő magatartás vagy mulasztás tényét és a szerződésszegő / mulasztó Fél a szerződésszegő magatartást vagy mulasztást a felhívás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem szünteti meg.

7.3.2. A Biztosítók akkor is jogosultak a csoportos biztosítási szerződést (szintén kizárólag együttesen) azonnali hatállyal felmondani, ha a Bank a Biztosító által kiszámlázott díjat a számla Bankhoz történő beérkezésétől számított 90 napon belül nem fizette meg.

7.3.3. A csoportos biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályosulásának napján 24 órákor Biztosítottak tekintendő személyek biztosítási védelme - egyéb megállapodás hiányában - a Bank által utoljára megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 9.7. pontban) utolsó napján 24 óráig áll fenn.

7.3.4. Ha a biztosítási díj módosítása válik szükségessé és arról a Bank és a Biztosítók nem tudnak megállapodni, akkor a Felek jogosultak a csoportos biztosítási szerződést rendkívüli felmondás útján 90 napos felmondási idővel felmondani. A felmondási jogukat a Biztosítók kizárólag közösen gyakorolhatják, míg a Szerződő rendkívüli felmondása mindkét Biztosítóra kihat. Ilyen esetben (i) a rendkívüli felmondás kézhezvételét követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb ügyfelek nem csatlakozhatnak, (ii) a rendkívüli felmondás kézhezvételekor Biztosítottak tekintendő személyek biztosítási védelme a felmondási idő lejáratának napján folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn, (iii) a Bank a kockázatviselés megszűnését megelőzően legalább 60 nappal írásban tájékoztatja az egyes Biztosítottakat a rájuk vonatkozó csoportos biztosítási szerződés rendkívüli felmondás miatti megszűnéséről.

8. § Területi hatály

- 8.1. Az életbiztosítási kockázat esetében a Biztosított halála a világ bármely országában bekövetkezhet.
- 8.2. A (1) legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás kockázat esetében a biztosítási eseményre vezető baleset vagy betegség, (2) a keresőképtelenségi kockázat esetében a keresőképtelenséget okozó baleset vagy betegség, (3) a 3 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat esetében a kórházi kezelést szükségessé tevő baleset vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet azzal, hogy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási eseménynek mindhárom kockázat esetében Magyarország területén kell bekövetkeznie.
- 8.3. A munkanélküliségi kockázat alapján a Biztosító kockázatviselése az Európa országaiban bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, kivéve Törökországot és a volt Szovjetunió azon utódállamai, amelyek nem EU-tagok.

9. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

- 9.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosító kockázatviselésének az ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítóknak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint.
- 9.2. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Bank - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján - áthárítja a Biztosítottra (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 9.10-9.14 pontokban).
- 9.3. A biztosítás havi díjfizetésű. A Bank minden Biztosított esetében egy teljes havi díjat köteles megfizetni, akkor is, ha a 4.2. pontban felsorolt esetekben az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási időszak tartama

- ténylegesen hosszabb vagy rövidebb, mint egy hónap.
- 9.4. A Bank díjfizetési kötelezettsége - az alábbi 9.5. pontban szereplő kivétellel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.
- 9.5. A biztosítotti jogviszony 7.1. pont szerinti - határidőn belül történt - azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Bank az adott Biztosítottra vonatkozóan a Biztosított által esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Biztosítottnak. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.
- 9.6. A Bank és a Biztosítók jogosultak a biztosítási díj kiszámításához alkalmazandó díjtétel (szorzó) mértékének a módosításában is megállapodni, melynek nyomán a Bank által fizetendő havi biztosítási díj (és így a Bank által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj) is módosulhat.
- 9.7. Ha a Bank által a Biztosítottra áthárított havi biztosítási díj módosul, a Bank a módosított díj hatálybalépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban írásban értesíti az érintett Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjmódosítást nem fogadja el, jogosult a biztosítotti jogviszonyát a 7.2. pontban foglaltak szerinti rendes felmondással megszüntetni.
- A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések
- 9.8. A Bank által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj összege megegyezik a szerződéses hitelösszeg, mint díjszámítási alap és az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag szerinti díjtétel szorzatával.
- 9.9. Az áthárított biztosítási díj összege
- 9.9.1. az „A” biztosítási csomag esetében a szerződéses hitelösszeg 0,35%-a,
- 9.9.2. a „B” biztosítási csomag esetében a szerződéses hitelösszeg 0,55%-a, ha a Biztosított a 66. életéve betöltésének napján vagy azt követően csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez.
- 9.10. A Biztosított csatlakozását követően az áthárított biztosítási díj első alkalommal a kockázatviselés kezdetét követő havi törlesztőrészlettel együtt esedékes.
- 9.11. Az áthárított biztosítási díj az adott havi törlesztőrészlet esedékességi időpontjával lezárult, már eltelt biztosítási időszakra vonatkozik.
- 9.12. Az áthárított biztosítási díjat a Biztosított a havi törlesztőrészlet megfizetésével azonos módon köteles megfizetni a Bank részére. Az áthárított biztosítási díj a havi törlesztőrészlettel együtt esedékes. Ha a Bank részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díj egészét nem (sem) fedezi, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.
- 9.13. Ha a Biztosított a Bank által áthárított biztosítási díjat az esedékességkor nem fizeti meg a

Banknak, akkor a Bank a 15. hátralékos napot követően írásban felszólítja a Biztosítottat az elmaradt összeg megfizetésére. Ha a Biztosított az áthárított biztosítási díjat a Bank által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Banknak, úgy a Bank mint szerződő az esedékességtől számított 90. nap 24 órai hatállyal törli a Biztosítottat a biztosítottak közül.

- 9.14. Ha a Biztosítók kockázatviselése a kölcsönszerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely nem esik egybe az utolsó törlesztőrészlet esedékességével (pl. a kölcsönszerződés felmondása, a Biztosított halála), akkor az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított biztosítási díjat a Bank a kölcsönszerződés lezárásakor számolja fel.

10. § Értékkövetés

A Biztosítók értékkövetést nem alkalmaznak.

11. § Maradékjogok, kötvénykölcsön

Az Életbiztosító által nyújtott életbiztosításnak nincs matematikai díjtartaléka. Ebből következően az életbiztosításhoz maradjogok nem tartoznak, tehát az nem visszavásárolható, és a díjmentes leszállítás sem alkalmazható. Az életbiztosításra kötvénykölcsön nem nyújtható.

12. § Biztosítási csomagok, a biztosítási esemény, a Biztosítottra vonatkozó kockázatok

- 12.1. Az egyes biztosítási csomagok alapján az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:

„A” biztosítási csomag	„B” biztosítási csomag
1) Haláleset	1) Haláleset
2) legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás	2) legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás
3) Keresőképtelenség (táppénz)	3) 3 napot meghaladó kórházi kezelés
4) Munkanélküliség	
5) 3 napot meghaladó kórházi kezelés	

A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

- 12.2. Ha a Biztosított az „A” biztosítási csomagot igényelte és

12.2.1. a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.3. pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezik, akkor ő az „A” biztosítási csomagnál felsorolt 5 kockázatból az 1-4. kockázatokra kiterjedő biztosítási fedezetben részesül,

12.2.2. nem rendelkezik a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.3. pontja szerinti munkaviszonnyal, akkor amennyiben (1) kereső tevékenységet folytat, az „A” biztosítási csomagnál felsorolt 5 kockázatból az 1, 2, 3, és 5. kockázatokra kiterjedő biztosítási fedezetben részesül, (2) nem folytat kereső tevékenységet, az „A” biztosítási csomagnál felsorolt 5 kockázatból az 1, 2, és 5. kockázatokra kiterjedő biztosítási fedezetben részesül.

13. § A Biztosítók szolgáltatása

13.1. Általános rendelkezések

13.1.1. A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor az adott Biztosító az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja:

13.1.1.1. **a Biztosított halála esetén** az Életbiztosító, **a Biztosított legalább 70%-os mértékű egészségkárosodása esetén** a Biztosító a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel megtéríti **(1)** a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitel technikai számlára a kölcsönszerződés alapján a szerződéses hitelösszegeből a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 1.§-ában) fennálló tartozás összegét, valamint **(2)** a Biztosított (a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse) által megadott bankszámlára pedig a szerződéses hitelösszeg és a biztosítási esemény időpontjában fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét. Ha a jogerős hagyatékátadó végzés több örököszt nevesít, az Életbiztosító a szerződéses hitelösszeg és a halálozás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét az örökösök között fejenként egyenlő arányban megosztja és az egyes örökösök részére járó összeget utalja az általuk megadott bankszámlaszámra.

13.1.1.2. A Biztosított fennálló kölcsöntartozása a következők szerint kerül kiszámításra:

Fennálló kölcsöntartozás = OC + I, ahol

OC a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes, nem-hátralékos tőketartozás összege, amely megegyezik a folyósított kölcsönösszegnek a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjáig esedékessé vált törlesztőrészek tőkerészével csökkentett összegével és,

I a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és az azt megelőző utolsó törlesztőrészlet esedékessége közötti időszakra (K naptári nap) a következőképpen számított kamat:

$I = I_m / 30 * K$ naptári nap, ahol

I_m a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja utáni első esedékes törlesztőrészlet kamattartalma.

13.1.1.3. **a Biztosított keresőképtelensége vagy munkanélkülisége esetén** a Biztosító a vonatkozó Különös

Biztosítási Feltételekben meghatározott módon, feltételekkel és időtartamra megfizeti **(1)** a biztosítási esemény bekövetkezése napján esedékes vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészlet (meghatározását ld. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben) összegét, de törlesztőrészletenként legfeljebb 250 ezer Ft-ot a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitel technikai számlára, valamint **(2)** ugyanekkor összeget a Biztosított részére, a Biztosított által megadott bankszámlára, továbbá **(3)** megfizeti a Bank részére az adott hónapokra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.10-9.12. pontjait) összegét.

13.1.1.4. **a Biztosított 3 napot meghaladó, balesetből vagy betegségből eredő kórházi kezelése esetén** a Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számából levonja az önrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számával megszorozza a napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) és ezt az összeget a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott módon és feltételekkel megfizeti a Biztosított által megadott bankszámlára.

13.2. **Egy Biztosítottra vonatkozóan a kockázatvállalás felső határa (összesen kifizetett összeg függetlenül a bekövetkezett biztosítási események számától és a szolgáltatás mennyiségétől) 20.000.000 Ft, mely külön-külön alkalmazandó a Biztosítóra és az Életbiztosítóra.**

13.3. A Biztosítóra vonatkozó rendelkezések

13.3.1. **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 mindaddig az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult. Ez a rendelkezés nem alkalmazandó a keresőképtelenséget követő, legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás jogcímen teljesítendő szolgáltatásra. Ilyen esetben a második biztosítási esemény időpontjától a Biztosító a legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás jogcímen nyújtja a biztosítási szolgáltatást.**

13.3.2. **A Biztosító keresőképtelenség és munkanélküliség esetén egy Biztosítottra és biztosítási eseményre vonatkozóan legfeljebb 6 havi szolgáltatást, a biztosítás tartama során - a biztosítási események számától függetlenül - biztosítási kockázatonként külön-külön összesen legfeljebb 24 havi szolgáltatást nyújt.**

13.3.3. **A csoportos biztosítási szerződés 7.3. pont szerinti megszűnése esetén a megszűnés időpontját megelőzően bekövetkezett biztosítási események vonatkozásában a Biztosítók kötelesek a károkat – a csoportos biztosítási szerződés megszűnését követően is - elbírálni, és azok jogossága esetén a feltételek szerinti szolgáltatást nyújtani azzal az eltéréssel, hogy keresőképtelenségi vagy munkanélküliségi szolgáltatás esetén a biztosítási díjat a Biztosítók a fizetendő szolgáltatási összegből jogosultak levonni.**

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

14.1. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb az 5 éves elévülési időn belül bejelenteni az érintett Biztosítónak az alábbi címen illetve telefonszámon:

CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.

(haláleseti szolgáltatás esetén)

CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.

(minden szolgáltatás esetén, kivéve haláleseti szolgáltatás)

Kárrendezési Igazgatóság

Levelezési cím: 1300 Budapest, Pf.: 124

E-mail: csoportoskar@cig.eu

Telefon: +36 1 501 2255

14.2. **Az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítás adási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak.**

14.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosítók a következő dokumentumokat kérhetik:

14.3.1. a Banktól a Biztosított csatlakozási nyilatkozatát (szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén annak hangfelvételét),

14.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy (a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy) által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt, vagy egyéb, a szolgáltatási igény elbírálásának megindítására alkalmas kárbejelentő dokumentumot,

14.3.3. a Banktól a kölcsönszerződés kárrendezési tevékenységhez feltétlenül szükséges adatait tartalmazó igazolást,

14.3.4. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,

14.3.5. az érintett Biztosító által a 14.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához

szükségesek,

14.3.6. **angol vagy német nyelvtől eltérő idegen nyelven kiállított dokumentumok esetén azok hitelesített magyar fordítását,**

14.3.7. haláleset esetén a Biztosított örököse részére teljesítendő szolgáltatás teljesítéséhez be kell nyújtani a jogerős hagyatékátadó végzés másolatát.

14.4. **Az érintett Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az alábbi dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumokat, diagnosztikus leleteket, háziorvosi- gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.**

14.5. **Az egyes biztosítási kockázatokra / szolgáltatásokra vonatkozó különös biztosítási feltételek a fentiekén túl további dokumentumok benyújtását írhatják elő.**

14.6. **Abban az esetben, ha az érintett Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.**

14.7. **Az érintett Biztosító az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül (a haláleset esetén a Biztosított örököse részére teljesítendő szolgáltatást illetően a jogerős hagyatékátadó végzés másolatának benyújtását követő 15 napon belül) köteles szolgáltatását teljesíteni.**

15. § A Biztosítók mentesülése

15.1. A Biztosító és az Életbiztosító esetében egyaránt alkalmazandó mentesülési okok:

15.1.1. **A közlési kötelezettség megsértése esetében (ideértve a szándékosan valótlan tartalmú csatlakozási nyilatkozat tételét is) az érintett 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 az érintett 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 Biztosítók 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 vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.

15.2. A Biztosítóra vonatkozó további mentesülési okok:

- 15.2.1. 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 balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha:
- 15.2.1.1. a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
 - 15.2.1.2. 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,
 - 15.2.1.3. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott,
 - 15.2.1.4. 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,
 - 15.2.1.5. a biztosítási esemény amiatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett,
 - 15.2.1.6. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be,
 - 15.2.1.7. diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

15.3. A 15.1 pontban írt eseteken felül az Életbiztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben hal meg.

16. § Kizárások

A Biztosító és az Életbiztosító esetében egyaránt alkalmazandó kizárások:

16.1. A Biztosítók 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), kivéve a bejelentett tüntetéseket,
 - 16.1.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
 - 16.1.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőrök esetében).
- 16.2. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a Biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:
- 16.2.1. búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, szőlő- vagy nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
 - 16.2.2. hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
 - 16.2.3. autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, moto-cross sport, motorcsónak sport, motor-kerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad), vagy ilyen versenyekre való felkészülés,
 - 16.2.4. privát- / sportrepülés / repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés), bázisugrás,
 - 16.2.5. állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspólvó, díjlovaglás, díjjugratás, fogathajtás).
- 16.3. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek a Biztosított hivatásszerű sporttevékenységében közben következtek be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy

- sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.
- 16.4. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete vagy betegsége utasként nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés következménye.
- 16.5. A Biztosítók kockázatviselése a csatlakozást követő első 6 hónap során nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy a veleszületett rendellenességekkel (együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt.
- 16.6. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított járművezetés közben alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.
- 16.7. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra, vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.
- 16.8. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított súlyosan ittas állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.

A Biztosító esetében alkalmazandó további kizárások:

- 16.9. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 16.10. 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.
- 16.11. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra és az azok közvetett vagy közvetlen következményeire épülő igényekre, amelyek objektív orvosi diagnosztikai módszerekkel / eljárásokkal nem igazolhatók.

17. § A panaszok bejelentése, jogorvoslati fórumok

- 17.1. A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, formanyomtatványon, faxon) az érintett Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbi elérhetőségeken:
- személyesen: 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. „B” épület;

- telefonon: +36 1 5 100 200 (Életbiztosító), +36 1 5 100 100 (Biztosító);
- postai úton: 1476 Budapest, Pf. 325.;
- elektronikus úton: ugyfelszolgalat@ciq.eu.

- 17.2. A fentiek szerint érintett biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli a panasz kezelésével nem ért egyet, az érintett biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolatát példányát (1) a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panasz közlését követő 30 napon belül küldi meg a panasz kivizsgálásáról szóló, indokolással ellátott álláspontjával egyidejűleg.
- 17.3. Az érintett biztosító (1) az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek, (2) a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
- 17.4. A Biztosítók felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
- 17.5. A panasz megoldásának sikertelensége esetén a panaszos az alábbi lehetőségek közül választhat:

- 17.5.1. Jogszabálysértés, így különösen a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet

Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ
Ügyfélszolgálati cím: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
(Levélcím: H-1534 Budapest BKKP Pf.:777.)
Telefon: (36-80) 203-776,
Fax: (36-1) 489-9102,
E-mail: ugyfelszolgalat@mbn.hu

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>)

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető továbbá a formanyomtatvány elektronikus ügyintézés keretében (az Ügyfélkapun keresztül) történő benyújtásával is.

Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezésére abban az esetben van lehetőség, ha azt megelőzően a Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és (i) a panaszra nem kapott választ, vagy (ii) a panasz kivizsgálása nem a vonatkozó jogszabályokban előírtak szerint történt, vagy (iii) a kapott válaszból egyéb, a vonatkozó jogszabályokban előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez.

Bővebben a <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem>

honlapon kaphat tájékoztatást.

17.5.2 A biztosítási jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén

17.5.2.1 bírósághoz fordulhat (azzal, hogy a kizárólag pénz fizetésére irányuló olyan lejárt követelés, amelynek pertárgyértéke a 3 millió forintot nem haladja meg - törvény eltérő rendelkezése hiányában - csak a közjegyző hatáskörébe tartozó, a fizetési meghagyásos eljárásról szóló 2009. évi L. törvényben szabályozott fizetési meghagyásos eljárásban érvényesíthető), vagy

17.5.2.2 a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT) (Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55., Levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., Ügyfélszolgálat címe: 1122. Budapest, Krisztina krt. 6., Telefon: (36- 80) 203-776, E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu)

- Elektronikus formában az az Ügyfélkapun keresztül, vagy
- Írásban (postai úton - levelezési cím: H-1525 Budapest Pf.: 172.) vagy személyesen (1122 Budapest, Krisztina krt. 6.)

A PBT eljárásának kezdeményezésére abban az esetben van lehetőség, ha a Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és annak során a jogvitát nem sikerült megoldani.

A PBT egyezség hiányában az ügy érdemében:

- a) kötelezést tartalmazó határozatot hoz, ha a kérelem megalapozott, és a biztosító a Pénzügyi Békéltető Testület döntését magára nézve kötelezőként elismerte, vagy
- b) ajánlást tesz, ha a kérelem megalapozott, azonban a biztosító úgy nyilatkozott, hogy a döntést kötelezőként nem ismeri el, illetve a döntés elismeréséről egyáltalán nem nyilatkozott.

A PBT egyezség hiányában akkor is kötelezést tartalmazó határozatot hozhat, ha a biztosító alávetési nyilatkozatot nem tett, de a kérelem megalapozott és az ügyfél érvényesíteni kívánt igénye - sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor - nem haladja meg az 1 millió forintot.

A PBT eljárásának kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>), valamint a PBT aloldalon (<https://www.mnb.hu/bekeltetes/kerelem-es-egyeb-nyomtatvanyok/kerelem->

[nyomtatvány](#)).

18. § Egyéb rendelkezések

- 18.1. A Biztosítók a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli csatlakozási nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon bejelentett panaszokat) csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.
- 18.2. **A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésének időpontjától számított 5 év elteltével elévülnek.**
- 18.3. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Különös Biztosítási feltételek Életbiztosítási kockázat

Az Életbiztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a Takarékbank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsön szerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bármely - ki nem zárt - okból bekövetkezett halála. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál napja.

2. § Az Életbiztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az Életbiztosító a jelen feltételekben, valamint a vonatkozó csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételekkel megtéríti **(1)** a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitel technikai számlára a kölcsönszerződés alapján a szerződéses hitelösszegből a halálozás napján fennálló tartozás összegét, **(2)** a Biztosított örököse által megadott bankszámlára pedig a szerződéses hitelösszeg és a halálozás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét.
- 2.2. Ha a jogerős hagyatékadó végzés több örököst nevesít, az Életbiztosító a szerződéses hitelösszeg és a halálozás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét az örökösök között fejenként egyenlő arányban megosztja és az egyes örökösök részére járó összeget utalja az általuk megadott bankszámlaszámra.

3. § Az Életbiztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

Az Életbiztosító az teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:

- 3.1. halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolata.

Különös Biztosítási Feltételek legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1. §-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a Takarékbank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsön szerződésekhöz kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből vagy betegségéből eredő olyan testi fogyatkozása, melynek következtében egyéb októl függetlenül és a kockázatviselés időszakán belül a Biztosított legalább 70%-os mértékű egészségkárosodását (rokkantságát) állapítja meg jogerős határozatában a magyar szakigazgatási szerv.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az a nap, amelyen a szakigazgatási szerv a legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás miatti rokkantságot megállapító jogerős határozatát meghozta.

2. § A Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a jelen feltételekben, valamint a vonatkozó csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételekkel megtéríti **(1)** a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitel technikai számlára a kölcsönszerződés alapján a szerződéses hitelösszezből a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. a fenti 1.2. pontban) fennálló tartozás összegét, **(2)**, a Biztosított által megadott bankszámlára pedig a szerződéses hitelösszeg és a fennálló kölcsöntartozás közötti különbözet összegét.

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 egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatósági állásfoglalás / szakvélemény másolata,
 - 3.1.2. a rokkantságot és a rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozatot,
 - 3.1.3. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok, és egyéb orvosi indokolások dokumentációinak hiteles másolatait.

4. § Fogalom meghatározások

Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított egészségkárosodását idézi elő.

Különös Biztosítási Feltételek Keresőképtelenségi kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a Takarékbank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsön szerződésekhöz kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából **biztosítási esemény a Biztosítottnak** a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő **30 napot meghaladó folyamatos betegállománya** (továbbiakban: keresőképtelenség).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 31. napja.
- 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 megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezése napján esedékes vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészlet összegét (meghatározását ld. az 5.4 pontban), de **legfeljebb 250 ezer Ft-ot (1)** a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitel technikai számlára, valamint **(2)** ugyanekkora összeget a Biztosított által megadott bankszámlára, továbbá **(3)** megfizeti a Bank részére az adott hónapokra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.10-9.12. pontjait) összegét.
- 2.2. **A Biztosító a 2.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a keresőképtelenség megszűnéséig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (iii) de - egy biztosítási esemény kapcsán - legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 2.3. Ha a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 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 tekinti és a keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat.
- 2.4. **Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik meg újra, ha (1) a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően újabb biztosítási esemény következett be, és (2) a Biztosító szolgáltatásának a 6 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése és az újbóli jogosulttá válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.**

2.5. **A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 24 havi szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.**

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 másolatát,

3.1.2. a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését vagy BNO kódját,

3.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát.

3.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 30 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség 31. napján vagy azt követően állítottak ki.

3.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha az jár) a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.

3.4. **Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a keresőképtelenségének további fennállását a 3.3. pont szerint 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 nem baleseti eredetű más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,**

4.1.2. **nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) 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. **gyógyterápiával, logopédiával**

kapcsolatos keresőképtelenségre, 4.1.7. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával 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 (kivéve, ha a Biztosított a GYES vagy GYED mellett kereső tevékenységet folytat - ha ez a vonatkozó jogszabályok alapján számára megengedett - és e kereső tevékenység folytatása során válik keresőképtelenné),**

4.1.10. **olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,**

4.1.11. **olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,**

4.1.12. **a keresőképtelenség időtartama alatt történt belépés esetén arra a keresőképtelenségre, amelynek tartama alatt a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatot tette,**

4.1.13. **a kölcsönszerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.**

4.2. **Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét, vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménynek, és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.**

5. § Fogalom meghatározások

5.1. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül 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, **(i)** aki balesete vagy betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, valamint az, **(ii)** aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül, mindkét esetben azzal a feltétellel, hogy a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

5.4. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres a Bank által kimutatott - havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamattjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.

Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a Takarékbank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsön szerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából **biztosítási esemény a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett 30 egymást követő napot meghaladó álláskeresőként (munkanélküliségként) történő nyilvántartása.**
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként (munkanélküliségként) nyilvántartott állapotának a 31. napja.
- 1.3. **E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett vétnél és a Biztosított akaratán kívüli ok miatti álláskeresővé (munkanélküliségként) válása minősül biztosítási eseménynek.**

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A Biztosító megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezése napján esedékes vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészlet összegét (meghatározását ld. a 6.2. pontban), **de legfeljebb 250 ezer Ft-ot (1)** a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitel technikai számlára, valamint **(2)** ugyanekkorra összeget a Biztosított által megadott bankszámlára, továbbá **(3)** megfizeti a Bank részére az adott hónapokra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.10-9.12. pontjait) összegét.
- 2.2. **A Biztosító a 2.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a Biztosított álláskeresőkénti (munkanélküliségkénti) nyilvántartása megszűnésének időpontjáig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (iii) de - egy biztosítási esemény kapcsán - legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 2.3. **Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosított a megszűnést követően ismételten a 6.3 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételten munkanélküliségé vált és (2) a Biztosító szolgáltatásának említett okból történő megszűnése és az újbóli munkanélküliségé válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.**
- 2.4. **A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 24 havi szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.**

3. § Várakozási idő

Álláskeresővé (munkanélküliségé) válás esetére a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha a Biztosított munkaviszonya a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett álláskeresővé (munkanélküliségé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
magyarországi munkaviszony esetén:
 - 4.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresővel járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 4.1.2. a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő - a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
 - 4.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
mind magyarországi, mind külföldi munkaviszony esetén:
 - 4.1.4. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát,
 - 4.1.5. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
 - 4.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól mely időpontig regisztrált álláskereső,
 - 4.1.7. az álláskeresővel járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
 - 4.1.8. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ezek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükségesek.
- 4.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 30 napja megszakitás nélkül álláskeresőként tartja nyilván a munkaügyi központ vagy kirendeltség. A teljesítéshez a 4.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a megszakitás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 31. napján vagy azt követően állítottak ki.
- 4.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha az jár) a 4.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.
- 4.4. **Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a 4.3 pont szerint nem igazolja, hogy továbbra is nyilvántartott álláskereső, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító**

nem fizet.

5. § Kizárások

- 5.1. **A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:**
- 5.1.1. a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
- 5.1.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően (i) nem állt a 6.3 pont szerinti munkaviszonyban, vagy (ii) a 6.3 pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során a munkavégzése - a táppénz, illetve a munkáltató érdekkörében felmerült ok kivételével - szünetelt,
- 5.1.3. a munkaviszony megszűnésére, ha (i) a munkáltatói jogok gyakorlója a Biztosított vagy a Biztosított hozzátartozója, vagy (ii) a Biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy (iii) a Biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik,
- 5.1.4. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett (i) közös megegyezéssel történő megszüntetés vagy (ii) általa tett felmondás miatti megszűnésére,
- 5.1.5. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
- 5.1.6. a munkaviszonynak a munkáltató által kezdeményezett azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
- 5.1.7. a munkáltató általi felmondásra öregségi-, rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
- 5.1.8. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,
- 5.1.9. a felmondó levél kézhezvételének napját követően felvett kölcsönökre.
- 5.2. **Az 5.1.2 pontban szereplő kizárás nem alkalmazandó abban az esetben, ha a Biztosított a csatlakozásakor és az azt követő 12 hónap során folyamatosan, valamint az álláskeresővé válását megelőzően a 6.3 pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett, de az álláskeresővé válását megelőzően GYES-en vagy GYED-en volt, majd az ellátásra való jogosultsági időtartam lejártát követően a munkáltató a Biztosított munkaviszonyát megszüntette.**

6. § Fogalommeghatározások

- 6.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, aki a vonatkozó jogszabályok alapján (i) a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, és (ii) oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, és (iii) öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem

részesül és (iv) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb keresőtevékenységet sem folytat, és (v) elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit (vi) az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart.

- 6.2. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészt** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres - a Bank által kimutatott - havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamatjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.
- 6.3. **Munkaviszony:** legalább heti 20 órás tartamú,
- 6.3.1. magyarországi munkavállalás esetén (i) a Munka Törvénykönyvéről 2012. évi I. sz. törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) kormányzati szolgálati jogviszony, (v) bírósági és igazságügyi- illetve ügyészségi szolgálati viszony, (vi) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya;
- 6.3.2. külföldi munkavállalás esetén a területi hatály (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 8.3. pontját) alá tartozó valamely ország (munka)joga szerinti olyan jogviszony, melynek alapján a Biztosított szerződés alapján a másik szerződő fél utasításai alapján, pénzbeli ellenszolgáltatás (munkabér) ellenében a szerződésben rögzített rendelkezések szerinti személyes munkavégzésére köteles.

Különös Biztosítási Feltételek

3 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a Takarékbank Zrt. által nyújtott Személyi kölcsön szerződésekre kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül a **Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség közvetlen következményeként kórházban fekvőbetegként, az önrészesedés tartamát (3 naptári nap) meghaladó folyamatos kezelése.**
- 1.2. A biztosítási esemény a kórházi kezelés negyedik napján 0 órakor következik be. Az önrészesedés számítása során a kórházi felvétel napja minősül az első napnak.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. **A Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számából levonja az önrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számával megszorozza a napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) és ezt az összeget egy összegben megfizeti a Biztosított által megadott bankszámlára.** Ha a Biztosított az első kifizetést követően továbbra is megszakítás nélkül kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül, akkor a Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó újabb igazolás(ok) kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett, még ki nem fizetett napok számának megfelelő összegű napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) fizet a Biztosított által megadott bankszámlára.
- 2.2. **A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően összesen legfeljebb 30 napi szolgáltatás fizetését vállalja.** Ezt követően a Biztosító kizárólag abban az esetben nyújt további szolgáltatást, ha (1) újabb biztosítási esemény következett be és (2) az újabb biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés kezdőnapja és a korábbi biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés utolsó napja között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
- 2.3. **A Biztosító a biztosítás tartama alatt összesen legfeljebb 120 napi szolgáltatás fizetését vállalja.**

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt a Biztosító részére írásban bejelenteni, melyhez - az Általános Biztosítási Feltételek 14.§-ában felsoroltak mellett - mellékelni kell a kórházi kezelés tartamára és okára vonatkozó igazolás(oka)t.
- 3.2. A Biztosító a jelen kockázatviselés alapján fizetendő összegeket a Biztosított által megadott bankszámlára történő utalással teljesíti.

4. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki az itt felsorolt (akár köz-, akár magánintézményben, kórházban vagy klinikán folytatott) kórházi kezelésekre: (1) kúra, (2) pihenés, (3) rehabilitáció, (4) lábadozás, (5) visszaszoktatás, (6) újraképzés, (7) nem baleseti eredetű pszichiátriai kezelés.

5. § Fogalom meghatározások

Kórház: a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak - még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek - a (1) szanatóriumok, (2) rehabilitációs intézetek, (3) gyógyfürdők, (4) gyógyüdülők, (5) elmekóros állapotú és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetei, (6) geriátriai, „krónikus” intézetek, (7) szociális otthonok, (8) alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak, valamint (9) kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály

Az ügyfelek személyes adatainak kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

Adatvédelmi tájékoztató

A biztosító adatkezelésének jogalapja, a kezelt adatok köre

A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet. Ezen céltól eltérő adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

- a.) Az Ön személyes adatait a biztosító a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezeli. A kezelt adatok köre kiterjed az ajánlat megtétele és annak esetleges kiegészítése során, vagy a szerződés teljesítése érdekében megadott személyes adatokra. („a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet)” címet viselő, az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 rendelete (GDPR) alapján: GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pont (adatkezelés szerződés teljesítéséhez szükségességének esete)}
- b.) A személyes adatok egy részét a biztosító jogszabályi kötelezettség teljesítése érdekében kezeli. Ilyen adatok szükségesek az adóigazolás kiállításához, a pénzmosási elleni intézkedések keretében szükséges kötelezettség teljesítéséhez. Ezen adatok a biztosítási szerződés teljesítéséhez, annak pénzügyi nyilvántartásához, illetőleg az okmánymásolási kötelezettség teljesítéséhez kapcsolódnak. Ezen személyes adatok köre nem terjed túl a biztosítónak a szerződés teljesítése során kezelt adatok körén. (GDPR 6. cikk c.) pontja)
- c.) Előfordulhat, hogy egyes személyes adatok kezelésére a biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése alapján kerül sor. Ilyen személyes adatok kezelésére kerülhet sor a károkozóval szembeni igényérvényesítés és más hasonló követeléskezelés során. Az ilyenkor kezelt adatok köre megegyezik a biztosító szerződés teljesítése érdekében szükséges adatkezelés során felsorolt adatok körével. (GDPR 6. cikk f.) pontja)
- d.) Egyes szerződések, vagy jogszabályi kötelezettségek teljesítése kapcsán a biztosító az Ön hozzájárulásával kezeli a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatokat. Ilyen személyes adatokat az egészségügyi adatok, amelyek ismerete az egészségi állapothoz kötött élet, baleset, betegség és felelősség biztosítások, továbbá személyi sérüléssel kapcsolatos káresemények

rendezése kapcsán nélkülözhetetlen.

Ön a d.) pontban jelzett esetben a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatainak kezelését megtilthatja, azonban ez a biztosító teljesítésének elmaradásával járhat. Az a.-c.) pontokban jelzett esetekben az adatkezelésre nem az Ön hozzájárulása alapján kerül sor, ezért az ilyen adatkezelés az Ön egyoldalú nyilatkozata alapján nem szüntethető meg.

Az adatkezelő adatai és felügyeleti hatósági

Adatkezelő: CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. „B” épület) és CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. „B” épület)

A Biztosítók képviselőjének, továbbá az adatvédelmi tisztviselőnek a neve és elérhetősége a Biztosítók honlapján és az Ügyfélszolgálaton kifüggesztve található. Ezen információkról Ügyfeleink a függő biztosításközvetítő ügynök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódhatnak.

Tevékenységi központ: 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. „B” épület akkor is, ha a biztosító a határon átnyúlóan végzett tevékenysége keretén belül kezel személyes adatokat.

Felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank (ügyfélszolgálati címe: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.; telefonszáma: +36 80 203 776, fax száma: +36 1 489 9102; e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu; levélcíme: 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777.; <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/biztositasok>

Felügyeleti hatóság (adatvédelemmel kapcsolatban): Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11., levelezési címe: 1374 Budapest, Pf. 603; telefon: +36 1 391 1400; fax: +36 1 391 1410; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu; URL <http://naih.hu>)

Az egyes adatkezelési műveletek és adatfeldolgozók

Az adatfeldolgozók a Biztosító megbízásából, a tőle kapott utasításoknak és céloknak megfelelően a személyes adatokkal kapcsolatos technikai műveletek elvégzésére jogosultak, amelynek során a személyes adatokról döntést nem hozhatnak. Az egyes adatfeldolgozók azonosító adatait, a részükre átadott adatok körét és az elvégzett technikai műveletek felsorolását a Biztosító naprakészen a honlapján hozza nyilvánosságra és teszi bárki által elérhetővé. Az adatfeldolgozók személye a szerződés fennállása alatt változhat.

A biztosításközvetítők szerepe

A függő biztosításközvetítő adatkezelésére a Biztosítóra irányadó rendelkezések vonatkoznak azzal a korlátozással, hogy azon személyes adatokat jogosultak kezelni, amelyek a szerződés létrehozása és fenntartása, továbbá a díjazásuk jogosultságának megállapításához szükségesek. A független biztosításközvetítő önálló adatkezelő, aki a biztosítási szerződés létrejötte érdekében továbbítja az Ön személyes adatait a Biztosító részére. A független biztosításközvetítőtől érkező személyes adatokat a

Biztosító a szerződés létrejötte esetén önálló adatkezelőként kezeli.

Az Ön személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogai

Tájékoztatáshoz való jog

Személyes adatainak kezelésével kapcsolatban, szóban, vagy írásban tájékoztatást kérhet a szerződéses kapcsolat létrejöttét megelőzően, ennek hiányában személyes adatai megadásakor. A tájékoztatást a biztosító a személyes adatok felvételekor, vagy egyéb esetekben legkésőbb a kérést követő 30 napon belül díjmentesen nyújtja. A szóbeli tájékoztatás feltétele a személyazonosság és a tájékoztatáshoz való jogosultság előzetes megállapítása.

Hozzáférési jog

A biztosító a személyes adatok kezeléséről szóló általános tájékoztatását a honlapon hozza nyilvánosságra.

Az egyes személyes adatok kezeléséről, a kezelt adatokról a biztosító az Ön írásbeli, vagy szóbeli megkeresése alapján nyújt tájékoztatását.

Helyesbítéshez való jog

Kérheti az adatainak helyesbítését, hiányos adatainak kiegészítését. A kérelemnek teljesítéséhez a Biztosító Öntől okiratot kérhet be, amelynek adatai alapján a helyesbítést vagy kiegészítést haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül elvégzi.

A személyes adatok pontosításáról a biztosító írásbeli értesítést küld az Ön számára.

A törléshez (elfeledéshez) való jog

A Biztosító az Adatvédelmi rendeletben meghatározott okokból haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törli az Ön személyes adatait. Ilyen okok állnak fenn, ha

- a személyes adatokra már nincs szükség abból a célból, amelyből azokat gyűjtötték vagy más módon kezelték;
- Ön visszavonja az adatkezelés alapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja;
- Ön tiltakozik az adatkezelése ellen, és nincs elsőbbséget élvező jogszerű ok az adatkezelésre, vagy az Ön személyes adatainak kezelésére közvetlen üzletszerzés céljából, valamint ehhez kapcsolódó profilalkotás miatt került sor,
- az Ön személyes adatait a Biztosító jogellenesen kezeli, vagy kezelte;
- a személyes adatokat az adatkezelőre alkalmazandó uniós vagy tagállami jogban előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell;
- a személyes adatok gyűjtésére az információk társadalommal összefüggő szolgáltatások kínálásával kapcsolatosan került sor.

Amennyiben az adatkezelés kizárólag az Ön hozzájárulásán alapul, akkor az Ön kérésére a Biztosító köteles haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törölni az Ön személyes adatait.

Amennyiben a Biztosított visszavonja az egészségügyi adatai kezelésének jogalapját képező hozzájárulását, és az adatkezelésnek nincs más jogalapja, a Biztosító az Adatvédelmi

rendeletben meghatározottak szerint haladéktalanul, de legkésőbb 3 munkanapon belül törli a biztosított egészségügyi adatait. A visszavonás következtében a szerződés, amennyiben bármely szolgáltatására vonatkozó kárigény elbírálásához a biztosított egészségügyi adatainak kezelése elengedhetetlen, a visszavonást követő hónap utolsó napján megszűnik az aktuális visszavásárlási érték kifizetésével.

A személyes adatok törléséről a biztosító írásbeli értesítést küld az Ön számára.

Az adatkezelés korlátozásához való jog

Kérheti az adatkezelés korlátozását, ha

- vitatja a személyes adatok pontosságát, ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amely lehetővé teszi, hogy az adatkezelő ellenőrizze a személyes adatok pontosságát;

- az adatkezelés jogellenes, azonban ellenzi az adatok törlését, és helyette kéri azok felhasználásának korlátozását;

- a biztosítónak már nincs szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy

- Ön a biztosító jogos érdekből történő adatkezelése ellen tiltakozott; ez esetben a korlátozás arra az időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy az adatkezelő jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az Ön jogos indokaival szemben.

Amennyiben az adatkezelés korlátozás alá esik, az ilyen személyes adatokat a tárolás kivételével csak az Ön hozzájárulásával, vagy jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez, vagy más természetes vagy jogi személy jogainak védelme érdekében, vagy az Unió, illetve valamely tagállam fontos közérdekből lehet kezelni.

Adathordozhatósághoz való jog

Jogosult arra, hogy az Önre vonatkozó és a biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja, továbbá jogosult arra, hogy a biztosítóval ezeket az adatokat közvetlenül egy másik adatkezelőnek továbbítsa. Az adattovábbítás feltétele, hogy a Biztosító az Ön az személyes adatait a hozzájárulása alapján kezeli, vagy az adatkezelés szerződésen alapul és az adatkezelés automatizált módon történik.

Az adathordozhatósághoz való jog nem érintheti hátrányosan mások jogait és szabadságait.

A tiltakozáshoz való jog

Ön jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon személyes adatainak a biztosító, adatfeldolgozója, vagy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges okból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is. Ebben az esetben a Biztosító a személyes adatokat nem kezelheti tovább, kivéve, ha bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az Ön érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.

Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, Ön jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon a rá vonatkozó személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az a közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik. Amennyiben Ön tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők.

A biztosítási titokkal kapcsolatos rendelkezések

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

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosítók a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A biztosításközvetítő az ügyfelek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) által meghatározott egyéb cél lehet.

A fenti céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A Biztosítók vagy viszontbiztosítók saját, illetve megbízottja tevékenységük során tudomásukra jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat a Bit.-ben meghatározott eseteket kivéve, csak akkor hozhatják harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettségük alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kaptak, továbbá a Biztosító vagy a viszontbiztosítók által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

Nem sértenek biztosítási titokra vonatkozó szabályt a Biztosítók, amennyiben jogszabály alapján történő

megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsátanak az alábbi szervek rendelkezésére:

- a) a feladatkörében eljáró felügyelet,
- b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezi eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyongfelügyelő, bíróság,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő,
- e) az adóhatóság abban az esetben, ha adóügyben az adóhatóság felhívására a biztosító(ka)t törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
- g) feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
- h) feladatkörében eljáró gyámhatóság,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosító, a csoport másik vállalkozása, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók,
- l) törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosító,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, és az ezen adatok egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve Kártalanítási Alapot kezelő szervezet, a Nemzeti Iroda, a levelező, az Információs Központ, a Kártalanítási Szervezet, a kárrendezési megbízott és kárképviselő, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatban kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozó,
- o) kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges

adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgáló,

- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő,
- q) feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
- r) feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság,
- s) a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásnak részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és a bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosító,
- t) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szerv, a mezőgazdasági igazgatási szerv, az agrárkár-enyhítési szerv, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézmény,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatóság, ha az a)-j), n), s), t) és u) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét, vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p)-s) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a Biztosítókhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, és az adatkérés célját.

A Biztosítók vagy viszontbiztosítók a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is kötelesek haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros

szervedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel vissza-éléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosítók vagy a viszontbiztosító, az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesznek eleget.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközileg kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben, ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatok átadása,

d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adat átadás.

Az a)-d) pontokban meghatározott adatok átadását a Biztosítók a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatják meg.

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

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

A biztosító (a Bit. 149. §-nak alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a Bit. 149. §-nak alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a Bit. 149. § (3)–(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került. A megkeresés során a biztosító a Bit.-nek az alábbi, 149 - 151. § rendelkezéseit köteles betartani.

„149 § (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.

(3) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 1. és 2. pontjában, továbbá a 2. mellékletben meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy

azonosító adatait;

b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;

c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

(4) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3.-9., és 14.-18. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;

b) biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;

c) az b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és

e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

(5) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 10.-13. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;

b) a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a (4) bekezdés b)–e) pontjában meghatározott adatokat;

c) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;

d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat; és

e) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

(6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatosan a jármű járműazonosító adatai (rendszáma, alvázszáma) alapján – az 1. melléklet A) rész 10. pontjában meghatározott ágazathoz tartozó károk esetén a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – jogosult az alábbi adatokat kérni:

a) az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,

b) az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.

(7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

(8) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

(9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

(10) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

(11) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.

(12) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a (8)-(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

(13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(14) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

150. § (1) A biztosítók – az 1. melléklet A) rész 3.-6. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szerződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szerződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) létrehozhatnak, amely tartalmazza

- a) a szerződő személy azonosító adatait;
- b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
- c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt

vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és

d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.

(2) A biztosító az (1) bekezdésben meghatározott adatokat az adat keletkezését követő 30 napon belül továbbítja az Adatbázisba.

(3) A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a visszaélések megakadályozása céljából az Adatbázisból adatot igényelhet.

(4) Az Adatbázis kezelője a jogszabályoknak megfelelő igénylés szerinti adatokat 8 napon belül köteles átadni az igénylő biztosítónak.

(5) Nem áll fenn a biztosító titoktartási kötelezettsége az Adatbázis irányában, az Adatbázisba való adatátadás vonatkozásában, továbbá az Adatbázis kezelőjét terhelő biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettsége a biztosító vonatkozásában, amely a jogszabálynak megfelelő igényléssel fordul hozzá.

(6) Az Adatbázis kezelőjének az Adatbázisban kezelt adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségére, továbbá a kezelt adatokra vonatkozó igénylések teljesítésére nézve a biztosítási titokra vonatkozó szabályok megfelelően alkalmazandóak.

(7) Az Adatbázis kezelője – amennyiben a megkeresés érdemi megválaszolása a kért adatok hiányában nem lehetséges – a hozzá intézett, a Bit. 138. § (1) bekezdés b), f), q) és r) pontjában, illetve a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelő igényléseket köteles továbbítani a megkereséssel érintett biztosítási ágazatok művelésére tevékenységi engedéllyel rendelkező biztosítók számára. Az Adatbázis kezelője az igénylés továbbításáról az igénylőt egyidejűleg köteles tájékoztatni.

(8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

(9) Az Adatbázisban továbbított adatok helyességéért és pontosságáért az azt továbbító biztosító felelős.

(10) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok a (11) bekezdésben meghatározott kivétellel a nyilvántartásba vételt követő öt évig kezelhetők.

(11) Biztosítási szerződés létrejötte esetén az (1) bekezdésben meghatározott adatok a szerződés fennállása alatt, a szerződésből származó igények elévüléséig kezelhetők az (1) bekezdésben meghatározott nyilvántartásban. A szerződés megszűnésének és a szerződésből származó igények elévülésének tényéről a biztosító tájékoztatja az Adatbázis kezelőjét.

(12) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

(13) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (12) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

(14) Ha az igénylés eredményeként az igénylő biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

(15) Az Adatbázisból adatot igénylő biztosító az adatigénylés eredményeként tudomására jutott adatot csak az (1) bekezdésben meghatározott célból kezelheti.

(16) Az igénylő biztosító a (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a személyes adataihoz hozzáférést biztosít.

151. § (1) A 150. § (1) bekezdésében meghatározott Adatbázist a biztosítók abban az esetben hozhatják létre, ha a 150. § (1) bekezdésében meghatározott biztosítási ágazatokat művelő biztosítók megállapodást megelőző piaci részesedés szerint számított kétharmada megállapodik az adatbázis létrehozásáról, a működésében történő részvétel feltételeiről és az Adatbázis fenntartásával kapcsolatos költségek fedezetéről.

(2) Az adatbázis létrehozásának további feltétele, hogy az Adatbázisba adatot szolgáltató biztosítók az Adatbázisba továbbított adatok továbbításának és lekérdezésének lehetőségét az érintett szerződések feltételeiben meghatározzák.

