

Biztosítási terméktájékoztató

a Takarékbank Zrt. által nyújtott
 jelzálog kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításhoz

Jelen terméktájékoztató a Takarékbank Zrt. által nyújtott jelzálog 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 csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek megismerése céljából kérjük, olvassa el a mellékelt Általános Biztosítási Feltételeket (a továbbiakban: **ÁBF**) és a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételeket (a továbbiakban **KBF**, az **ÁBF** és a **KBF** együttesen: **Biztosítási Feltételek**).
 A jelen terméktájékoztató és az **ÁBF** és/vagy a vonatkozó **KBF** között fennálló esetleges ellentmondás esetén az **ÁBF** és a vonatkozó **KBF** rendelkezései irányadók.

Szerződő:	Takarékbank Zrt. (a továbbiakban: Bank) (székhely: 1117 Budapest, Magyar tudósok körútja 9.; felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank) 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.								
Biztosítók:	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:	<p>Olyan természetes személy, aki a Bankkal jelzálog kölcsönszerződéses jogviszonyban (a továbbiakban: kölcsönszerződés) áll és az általa tett csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában az alább felsorolt feltételeknek megfelel:</p> <p>(1) a teljes kölcsönösszeg folyósítását követően a csatlakozása időpontjában a fennálló tartozása nem haladta meg a 100 millió Ft-ot (még nem folyósított, vagy szakaszos folyósítású kölcsön esetében az itt szereplő összeghatárok a szerződött kölcsönösszegre alkalmazandók)</p> <p>(2) a 18. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 65. életévét,</p> <p>(3) nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban, a B vagy C szolgáltatási csomag igénylése esetén továbbá nem öregségi nyugdíjas.</p> <p>A csoportos hitelfedezeti biztosításhoz csatlakozási nyilatkozat megtételével (írásbeli csatlakozás esetén a nyilatkozat aláírásával) lehet csatlakozni.</p> <p>30 millió Ft fennálló tartozásig / szerződött kölcsönösszegig a csatlakozás mind írásbeli, mind szóbeli csatlakozási nyilatkozattal lehetséges</p> <p>30 millió Ft fölötti fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén a csatlakozás csak írásbeli csatlakozási nyilatkozattal, a Biztosítók által elvégzett egészségi kockázat-elbírálást követően lehetséges.</p> <p>A Biztosítók az egészségi kockázat-elbírálást a leendő biztosított életkorától és a fennálló tartozás összegétől / a szerződött kölcsönösszegtől függően az alábbi információ alapján végzik:</p> <table border="1" data-bbox="512 1760 1481 2011"> <thead> <tr> <th></th> <th>szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában</td> <td>30.000.001 Ft - 100.000.000 Ft</td> </tr> <tr> <td>18-50 év*</td> <td>Egészségi Kérdőív</td> </tr> <tr> <td>50-65 év**</td> <td>Orvosi- és laborvizsgálat</td> </tr> </tbody> </table> <p>* a 18. születésnapon 0 órától az 50. születésnapon 24 óráig ** az 50. születésnapot követő napon 0 órától a 65. születésnapon 24 óráig</p>		szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában	leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában	30.000.001 Ft - 100.000.000 Ft	18-50 év*	Egészségi Kérdőív	50-65 év**	Orvosi- és laborvizsgálat
	szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában								
leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában	30.000.001 Ft - 100.000.000 Ft								
18-50 év*	Egészségi Kérdőív								
50-65 év**	Orvosi- és laborvizsgálat								

	<p><u>A Biztosítók 60 napon belül jogosultak indokolás nélkül megtagadni a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • az Egészségi Kérdőíven adott válaszok vagy az orvosi vizsgálat eredményei alapján, vagy, • ha a leendő Biztosított az előírt orvosi vizsgálato(ko)n nem vett részt vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket 45. napig nem kapták meg. <p><u>A fenti 60, illetőleg 45 napos határidőket:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • a Bank hitelbírálati döntését vagy a kölcsönösszeg folyósítását követően tett csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat aláírásától kell számítani, • a Bank hitelbírálati döntését megelőzően tett csatlakozási nyilatkozat esetében Bank pozitív hitelbírálati döntésétől kell számítani. 	
Biztosítási események:	<p>A szolgáltatási csomag esetén</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás 	<p>B szolgáltatási csomag esetén</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • Munkanélküliség (álláskeresőként történő nyilvántartás 30 napot meghaladóan) <p>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • 5 napot meghaladó kórházi kezelés <p><i>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.2. pontja tartalmazza.</i></p>
Területi hatály:	<p>Haláleseti kockázat</p> <p>Legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás Keresőképtelenség 5 napot meghaladó kórházi kezelés</p> <p>Munkanélküliség</p>	<p>A biztosítási esemény (a Biztosított halála) a világ bármely országában bekövetkezhet.</p> <p>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.</p> <p>A biztosítás az Európa területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, kivéve Törökországot és a volt Szovjetunió azon utódállamait, amelyek nem EU-tagok.</p>
Biztosítási szolgáltatás:	<p>Haláleset vagy legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Biztosított halála esetén az Életbiztosító megfizeti a halál napján <i>fennálló kölcsöntartozás</i> összegét. • A Biztosított legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodása esetén a Biztosító megfizeti a biztosítási esemény napján (ld. a vonatkozó KBF 1.2. pontját) <i>fennálló kölcsöntartozás</i> összegét. 	

Keresőképtelenség, illetve munkanélküliség esetén:

A Biztosító a keresőképtelenség, illetve a regisztrált munkanélküliség 31. napját követően megfizeti **(i) a keresőképtelenség, illetve a regisztrált munkanélküliség 31. napján vagy azt követően esedékessé váló havi törlesztőrészlete(ke)t, de törlesztőrészletenként legfeljebb 350 ezer Ft-ot**, valamint **(ii) a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosára áthárított biztosítási díj (ld. az ÁBF 10.11-10.12. pontjait) összegét.**

Munkanélküliség esetén a Biztosító a vonatkozó KBF 1.1. pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén is csak abban az esetben köteles szolgáltatást nyújtani, ha a Biztosított az álláskeresőként történő nyilvántartásba vételét megelőző legutóbbi munkaviszonyának megszűnésekor 12 havi, folyamatos, a vonatkozó KBF 7.2. pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezett.

A Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik: (1) a keresőképtelenség illetve a regisztrált munkanélküli állapot megszűnéséig, vagy (2) a kölcsönszerződés megszűnésének időpontjáig, (3) de legfeljebb 8 egymást követő hónapig.

5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén:

- Ha a Biztosított a kórházi felvételtől számított 5. naptári napon fekvőbetegként megszakítás nélkül kórházban tartózkodik, akkor a Biztosító megfizeti **(i) a kórházi felvétel napját megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét, de legfeljebb 350 ezer Ft-ot**, valamint **(ii) az ugyanezen időpontban esedékessé vált, a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosára áthárított havi biztosítási díj összegét a Bank részére.**
- Ha a megszakítás nélküli kórházi tartózkodás a kórházi felvételtől számított 31. naptári napon is fennáll, a Biztosító megfizeti **(i) a felvételtől számított 31. napot megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét is, de legfeljebb 350 ezer Ft-ot**, valamint **(ii) az ugyanezen időpontban esedékessé vált, a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosára áthárított havi biztosítási díj összegét a Bank részére.**

A Biztosító a fennálló kölcsöntartozást illetve a havi törlesztőrészletet (a biztosítási esemény fajtájától függően) a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára fizeti meg.

FONTOS! A biztosítási szerződésre tekintettel bejelentett szolgáltatási igény benyújtása a Biztosítottat a hitelszerződés 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 kockázatviselés kezdete:

Ld. az ÁBF 7.3-7.6 pontjaiban.

A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:

Várakozási idő (munkanélküliségi szolgáltatás esetén):

A kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 nap. Ha (i) a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy (ii) a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító a bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

Szolgáltatási maximum:

haláleset vagy legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás esetén:

- max. 100 millió Ft / kölcsönszerződés
- több, biztosítással fedezett kölcsönszerződés esetén max. 350 millió Ft / személy

keresőképtelenségi és munkanélküliségi szolgáltatás esetén

egy biztosítási eseményhez kapcsolódóan legfeljebb 8 havi, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 32 havi szolgáltatás (külön-külön vonatkozik a keresőképtelenségre és a munkanélküliségre)

5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén

egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2 havi, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 8 havi szolgáltatás

<p>Újbóli szolgáltatásra való jogosultság:</p>	<p>keresőképtelenségi- vagy munkanélküliségi szolgáltatás esetén:</p> <p>Ha egy adott biztosítási esemény alapján a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 8 havi szolgáltatás kifizetésével megszűnt, akkor (i) keresőképtelenségi szolgáltatás utáni újabb keresőképtelenségi igény vagy (ii) 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 7.2 pontja szerinti munkaviszonyt létesített, majd legalább 12 hónap elteltét követően ismételten munkanélkülivé vált), és (2) a Biztosító szolgáltatásának a 8 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése, valamint az újbóli jogosulttá válás között legalább 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.</p> <p>5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén: az újabb biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés kezdőnapja és a korábbi biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés utolsó napja között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszaknak kell eltelnie.</p>
<p>Teljesítési határidő:</p>	<p>A Biztosító a szolgáltatást az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum Biztosítóhoz történő beérkezését követő 15 napon belül teljesíti, ha a biztosítási esemény tekintetében az érintett Biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.</p>
<p>Elévülési idő:</p>	<p>Az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 5 év.</p>
<p>Mentesülési okok:</p>	<p>Ld. az ÁBF 16.§-át.</p>
<p>Kizárások:</p>	<p>Ld. az ÁBF 17.§-át, valamint a vonatkozó KBF 'Kizárások' című §-ait</p>
<p>Díjfizetés:</p>	<p>A biztosítás díját a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítók részére, majd a megfizetett biztosítási díjat áthárítja a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosára. A díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket az ÁBF 10.§-ában, az áthárított biztosítási díj mértékét a jelen Biztosítási Terméktájékoztató végén találja.</p>
<p>A biztosítási esemény bejelentésének módja:</p>	<p>A biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb 5 éven belül be kell jelenteni az alábbi címen, illetve telefonszámon:</p> <p>CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (haláleset esetén) CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (egyéb esetekben) 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 15.§-a, valamint a vonatkozó KBF 'A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok' című §-ai tartalmazzák.</p>
<p>A biztosítás megszűntetése</p>	<p>Rendes felmondás: A Biztosított a rá vonatkozó biztosítást a Bankhoz intézett, az ÁBF 9.3. pontja szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal az ÁBF 9.2 pontja szerint felmondhatja.</p> <p>Azonnali hatályú felmondás: A Bank szóbeli nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a csatlakozásról írásbeli visszaigazolást küld, melyhez mellékeli az ÁBF-et. A Biztosított ezen írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 (harminc) napon belül a biztosított jogviszonyt az ÁBF 9.3. pontja szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal indokolási kötelezettség nélkül azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a Bankhoz történő beérkezés napján 24 órakor, de legkésőbb az elküldést követő 4. munkanapon 24 órakor lép hatályba. Ebben az esetben a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakra nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, az Ön által esetlegesen már megfizetett áthárított biztosítási díjat a Bank 30 napon belül visszafizeti.</p> <p>Az azonnali hatályú felmondás megtételére rendelkezésre álló 30 (harminc) napos határidő lejártát követően a Biztosítottat a továbbiakban csak a rendes felmondási jog illeti meg.</p>

Az Életbiztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentést a honlapján teszi közzé:

<https://www.cigpannonia.hu/rolunk/jelentesek-tajekoztatok>

A biztosítás havi áthárított díja a kölcsön havi törlesztőrészletének %-ában	Szolgáltatási csomag		
	Szolgáltatási csomag	Egy Biztosított esetén	Két Biztosított esetén
	A szolgáltatási csomag	4,9%	7,4%
	B szolgáltatási csomag	3,5%	6,3%
C szolgáltatási csomag	7,9%	11,9%	

A csoportos hitelfedezeti biztosítás a Takarékbank Zrt. által nyújtott jelzálog kölcsönszerződésekhez

Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF)

(mindkét biztosító szolgáltatására egyaránt vonatkoznak)

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet az
ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK
 3.1.4.2.2., 3.1.5-3.1.9., 3.2.

pontjaira, 4.§-ára, 5.2., 5.4., 5.9., 7.3- 7.6., 8.1.2., 8.1.6-8.1.8., 9.5.3., 10.8., 10.10., 10.15-10.18., 13.3-13.7., 14.2., 15.2., 15.3.6., 15.4., 15.6., pontjaira, 16.§-ára, 17.§-ára, 19.2. pontjára, a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – ÉLETBIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT 2.§-ára és 3.2. pontjára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK LEGALÁBB 70%-OS MÉRTÉKŰ, BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL EREDŐ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSI KOCKÁZAT 2. §-ára, 3.2., pontjaira és 5.§-ára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - KERESŐKÉPTELENSÉGI KOCKÁZAT 1.3. pontjára, 2.§-ára, 3.1. 3.2., 3.4., 4.2-4.4. pontjaira és 5.§-ára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – MUNKANÉLKÜLSÉGI KOCKÁZAT 1.3, pontjára, 2.§-ára, 3.1., 3.2-3.5. pontjaira, 4.§-ára, 5.2-5.4. pontjaira, 6.§-ára és 7.2. pontjára, valamint a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - 5 NAPOT MEGHALADÓ KÓRHÁZI KEZELÉS KOCKÁZAT 2.§-ÁRA, 3.1., 3.2., 3.3. és 4.2. pontjára, valamint 5.§-ára.**

A jelen ÁBF-ben a csatlakozás feltételeivel és/vagy a szolgáltatási csomag megváltoztatásának feltételeivel, valamint a kockázatviselés kezdetével kapcsolatosan megállapított összeghatárokat (i) a teljes kölcsönösszeg folyósítását követően történt csatlakozás esetében a fennálló tartozás összegére, (ii) még nem folyósított kölcsön, illetőleg szakaszos folyósítás esetén a szerződött kölcsönösszegre kell alkalmazni.

1. § Meghatározások

- Baleset:** a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely (i) a kockázatviselés tartama alatt, és legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a biztosított egészségkárosodását, illetőleg – a keresőképtelenségi kockázat esetében - (ii) a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
- Bank:** a Takarékbank Zrt., amely a Biztosítókkal a csoportos biztosítási szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a biztosítási díjat megfizeti. (A Bank az általa megfizetett biztosítási díj összegét áthárítja a Hitel törlesztésére szolgáló számlával rendelkező személyre - a díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 10.§

rendelkezéseit.) A Bank a Biztosítottra vonatkozó biztosítotti jogviszony létrejövetelkor a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el. A Bank biztosításközvetítői minőségével kapcsolatos részletes tájékoztatás a Bank által a csatlakozást megelőzően átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban található, amely a Bank honlapján is elérhető.

- Biztosító:** a haláleseti kockázat esetében a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., (a továbbiakban **Életbiztosító**), egyéb kockázatok esetében a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (a továbbiakban **Biztosító**) (továbbiakban együttesen: **Biztosítók**), amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- Biztosított:** olyan természetes személy, akire a Biztosító(k) kockázatviselése kiterjed, mivel: (i) megfelel a 4.§-ban írt feltételeknek, (ii) az általa tett csatlakozási nyilatkozattal a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott (ld. még 3.§) és (iii) őt erre való tekintettel a Bank a Biztosító(k)nak lejelenti, mint biztosítottat és (iv) rá vonatkozóan a Bank, mint szerződő a biztosítási díjat megfizeti.
- Egészségi Kérdőív:** 30 millió Ft-ot meghaladó összegű fennálló jelzálog-kölcsöntartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén a 3.1.7. pont szerinti esetekben a leendő Biztosított által a csatlakozási nyilatkozat mellett kitöltendő kérdőív, melynek alapján a Biztosítók a kérdésekre adott válaszokon alapuló egészségi kockázatbírálást végeznek és jogosultak a leendő Biztosított csatlakozását visszautasítani (ld. még a 3.1.8-3.1.9. pontokat).
- 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, kamatjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.
- Hitel törlesztésére szolgáló számla:** adós Banknál vezetett fizetési számlája/lakossági bankszámlája, ennek hiányában a Hitel technikai számla, amelyről a hitel törlesztése történik és amelyről a Bank az áthárított biztosítási díjat is beszedi.
- Kedvezményezett:** a Biztosítók minden szolgáltatására a Bank jogosult.

2. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

A csoportos biztosítási szerződés a Bank, mint szerződő és a Biztosítók között írásban jött létre.

3. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

3.1. Általános rendelkezések

3.1.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak. Az írásban tett csatlakozási nyilatkozat a Bank mint biztosításközvetítő átvétel igazoló aláírásával együtt érvényes.

3.1.2. A Bank kölcsönszerződéssel rendelkező, illetőleg kölcsönt igénylő vagy társigénylő ügyfele (a kölcsönszerződésben adós, illetve adóstárs) a csoportos biztosítási szerződéshez az általa (a 3.1.4. pontban részletezett módon) tett csatlakozási nyilatkozattal csatlakozhat. A leendő Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy az A, B vagy C szolgáltatási csomagot igényli.

3.1.3. A Bank szóbeli nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a csatlakozásról írásbeli visszaigazolást küld a Biztosítottnak, amelyhez mellékeli a jelen biztosítási feltételeket.

3.1.4. A csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozás az alábbiakban felsorolt módokon és időpontban lehetséges:

3.1.4.1. a kölcsönigénylés aláírásával egyidejűleg aláírt írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,

3.1.4.2. a kölcsönszerződés aláírását követően

3.1.4.2.1. személyesen a Banknál aláírt írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,

3.1.4.2.2. a Bank vagy megbízottja által kezdeményezett, rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján (szóbeli csatlakozás kizárólag abban az esetben lehetséges, ha a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg nem haladja meg a 30 millió Ft-ot).

3.1.5. 100 millió Ft-ot meghaladó fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén a csatlakozás nem lehetséges.

3.1.6. 30 millió Ft-ot meg nem haladó fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén a Biztosítók nem alkalmaznak egészségi kockázatbírálást, a csatlakozás a szóbeli vagy írásbeli csatlakozási nyilatkozat megtételével – írásbeli csatlakozás esetén a nyilatkozat aláírásával - lehetséges.

3.1.7. 30 millió Ft-ot meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén

(1) kizárólag írásbeli csatlakozási nyilatkozattal lehetséges a csatlakozás és
 (2) a Biztosítók a leendő Biztosított

életkorától és a fennálló tartozás összegétől / a szerződött kölcsönösszegtől függően egészségi kockázat- elbírálást alkalmaznak az alábbi információ alapján az alábbi részletes rendelkezések szerint.

	szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában
leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában	30.000.001 Ft - 100.000.000 Ft
18-50*	Egészségi Kérdőív
50-65**	Orvosi és laborvizsgálat

* a 18. születésnapon 0 órától az 50. születésnapon 24 óráig

** az 50. születésnapot követő napon 0 órától a 65. születésnapon 24 óráig

3.1.8. A Biztosítók az egészségi kockázatbírálás alapján jogosultak a csatlakozást a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank

hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 60. napig indokolás nélkül visszautasítani.

3.1.9. A Biztosítók a kockázatbírálás eredményéről 15 naptári napon belül írásban értesíti(k) a csatlakozni kívánó ügyfelet:

3.1.9.1. Egészségi Kérdőíven alapuló kockázatbírálás esetén a csatlakozási nyilatkozatba integrált, hiánytalanul kitöltött Egészségi Kérdőív biztosítóhoz történő beérkezését követően (a hiánytalanul kitöltött Egészségi Kérdőívet a Bank a pozitív hitelbírálati döntésének meghozatalát követően továbbítja a Biztosítóknak),

3.1.9.2. orvosi- és laborvizsgálaton alapuló kockázatbírálás esetén azt követően, hogy a csatlakozni kívánó Ügyfélre vonatkozóan minden, a kockázatbíráláshoz szükséges és előírt orvosi vizsgálatról készült dokumentáció beérkezett a Biztosítókhöz. A Biztosítók akkor is jogosultak a Biztosított csatlakozását visszautasítani, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálat(ko)n nem vett részt, vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 45. napig nem kapták meg.

3.2. Az adóstársakra vonatkozó további rendelkezések:

A csoportos biztosítási szerződéshez

Biztosítottként legfeljebb kettő személy csatlakozhat (főadós és adóstárs, vagy két adóstárs) egy jelzálogkölcönhöz kapcsolódóan. Kettő Biztosított csatlakozása esetén a Biztosítottak csak egyforma szolgáltatási csomagot választhatnak – a biztosításhoz elsőként csatlakozó biztosított szolgáltatási csomagja szerint. A biztosítási esemény bekövetkezéséhez elegendő, ha az csak az egyik Biztosított vonatkozásában valósul meg.

4. § A Biztosítottal szembeni követelmények

- 4.1. **A jelen biztosítási feltételek alapján Biztosított olyan természetes személy lehet, aki**
 - 4.1.1. **a Bankkal főadósként vagy adóstársként jelzálog kölcsönszerződést (a továbbiakban: kölcsönszerződés) kötött,**
 - 4.1.2. **a csatlakozása időpontjában a 18. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 65. életévét,**
 - 4.1.3. **a csatlakozása időpontjában a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozása / a szerződött kölcsönösszeg nem haladta meg a 100 millió Ft-ot,**
 - 4.1.4. **nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban, továbbá a jelen biztosítás alapján nyújtott B vagy C szolgáltatási csomag igénylése esetén nem öregségi nyugdíjas.**
- 4.2. **Ha a Biztosított csatlakozásakor az A vagy a C szolgáltatási csomagot igényli és a fennálló tartozás összege / a szerződött kölcsönösszeg meghaladja a 30 millió Ft-ot, akkor a fenti 4.1.1-4.1.4. pontokban feltüntetett követelményeken felül a Biztosítottal szemben további követelmény, hogy a Biztosítók az egészségi kockázatbírálás alapján a csatlakozását nem utasították vissza (ld. még a 3.1.8-3.1.9. pontokat).**

5. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 5.1. **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 díj összegét áthárítja a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosára).**
- 5.2. **A kölcsönszerződéshez kapcsolódó Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosa köteles a Bank részére megfizetni a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott Biztosított(ak)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 10. §-ban).**
- 5.3. **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.

- 5.4. **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 Biztosítók írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító(k) szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.****
- 5.5. **A Biztosítók a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizhetik, saját orvosuk által vizsgálatot kezdeményezhetnek.**
- 5.6. **A Biztosítók kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv.-ben (továbbiakban: Bit.) foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.**
- 5.7. **A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosítók módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.**
- 5.8. **A Biztosítottakat kizárólag a saját biztosított jogviszonyuk felmondásának joga illeti meg (ld. 9.2 pont).**
- 5.9. **A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a csoportos biztosítási szerződésbe történő belépésnek, (2) a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosított jogviszonyukra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.**

6. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 6.1. **A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, amely biztosítási időszakokra oszlik.**
- 6.2. **A biztosítási időszak az alábbi eltérésekkel a havi törlesztőrészlet esedékességétől a következő esedékességi időpontig tartó 1 hónapos időszak.**
 - 6.2.1. **Az első biztosítási időszak a Biztosítók kockázatviselésének kezdetétől annak a napnak a 24. órájáig tart, amely napon a csatlakozást követő legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékes. Az első biztosítási időszak tartama legfeljebb 90 nap lehet.**
 - 6.2.2. **Az utolsó biztosítási időszak a megelőző biztosítási időszak utolsó napját követő napon kezdődik és annak a napnak a 24. órájáig tart, amely napon a Biztosító kockázatviselése megszűnt.**

7. § A Biztosítók kockázatviselésének kezdete, tartama

- 7.1. **A csoportos biztosítási szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, amelyet a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor ad meg.**
- 7.2. **A Biztosítók kockázatviselése a Biztosított kölcsönszerződésének tartamán belül arra az időszakra**

terjed ki, amely alatt a Biztosítottnak a kölcsönszerződés alapján tartozása áll fenn a Bank felé.

- 7.3. **A Biztosítók kockázatviselésének kezdete (i) 30 millió Ft-ot meg nem haladó tartozás / szerződött kölcsönösszeg, illetőleg (ii) 30 millió Ft-ot meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt B szolgáltatási csomag esetén:**
- 7.3.1. **a kölcsönösszeg folyósítását megelőzően tett írásbeli csatlakozási nyilatkozat esetében a kölcsönösszeg folyósításának napján 0 óra**
- 7.3.2. **a kölcsönösszeg folyósítását követően a Banknál személyesen tett utólagos írásbeli csatlakozás esetén a csatlakozási nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra,**
- 7.3.3. **a kölcsönszerződés aláírását követően tett utólagos szóbeli csatlakozás esetében (utólagos szóbeli csatlakozás csak 30 millió Ft-ot meg nem haladó fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén lehetséges) a Bank vagy megbízottja részére telefonon tett - és rögzített - szóbeli csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontját követő naptári nap 0 óra.**
- 7.4. **30 millió Ft-ot meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén a Biztosítók kizárólag akkor viselik a kockázatot, ha az egészségi kockázatbírálás (ld. még a 3.1.7-0. pontokat) alapján a Biztosított csatlakozását elfogadják. Ebben az esetben a kockázatviselés azon a napon 0 órától kezdődik, amelyet a Biztosítók a Biztosítottnak küldött, a kockázatbírálás eredményéről szóló írásbeli tájékoztatásában megjelölnek (ld. még a 3.1.9. pontot). Ez az időpont nem lehet későbbi, mint a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 60. naptári nap.**
- 7.5. **Ha a biztosítás tartama során a Biztosított az (i) A szolgáltatási csomagról B vagy C szolgáltatási csomagra, vagy (ii) C szolgáltatási csomagról A vagy B szolgáltatási csomagra vált (a csomagváltásra vonatkozó részletes szabályokat ld. a 13.3-13.7. pontokban), akkor az új szolgáltatási csomag alapján fedezett, de a korábbi szolgáltatási csomag által nem fedezett új szolgáltatási csomag szerinti kockázatok vonatkozásában a kockázatviselés kezdete az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra.**
- 7.6. **Ha a biztosítás tartama során a Biztosított a haláleseti kockázatot nem tartalmazó B szolgáltatási csomagról haláleseti kockázatot is tartalmazó A vagy C szolgáltatási csomagra vált (a csomagváltásra vonatkozó részletes szabályokat ld. a 13.3-13.7. pontokban), akkor a kockázatviselés kezdete az új kockázatok vonatkozásában**
- 7.6.1. **30 millió Ft-ot meg nem haladó fennálló**

tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra,

- 7.6.2. **30 millió Ft-ot meghaladó tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén - ha a Biztosítók a csomagváltást elfogadják - a Biztosítók által a Biztosított(akk)al írásban közölt kockázatbírálási döntést (ld. még a 3.1.9. pontban) követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra.**

8. § A Biztosítók kockázatviselésének megszűnése

- 8.1. **Mindkét biztosító kockázatviselése megszűnik:**
- 8.1.1. a Biztosított kölcsönszerződésének bármely ok miatti megszűnése esetén az utolsó havi törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órakor,
- 8.1.2. **annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órakor, amely évben a Biztosított a 70. életévét betöltötte,**
- 8.1.3. a Biztosított halálával,
- 8.1.4. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. 9.1 pont) 24 órakor,
- 8.1.5. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása esetén (ld. 9.2 pont) a felmondás beérkezésének időpontjától függően (ld. a 9.2.2. pontban) vagy a beérkezéskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órakor,
- 8.1.6. **az esetlegesen meg nem fizetett áthárított biztosítási díj esedékességétől számított 90. napon 24 órakor, ha az áthárított biztosítási díjat a Bank az általa küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 nap elteltével nem tudta a Hitel törlesztésére szolgáló számláról beszedni és emiatt a Bank, mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül (ld. még a 10.15-10.16. pontokat),**
- 8.1.7. a csoportos biztosítási szerződésnek a Biztosítók általi rendkívüli felmondása esetén (ld. 9.5.1. pont) a felmondási idő lejártakor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor,
- 8.1.8. a csoportos biztosítási szerződésnek a Bank vagy a Biztosítók általi azonnali hatályú felmondása esetén (ld. a 9.5.2. pontot) a felmondás átvételének napján 24 órakor biztosított személyekre vonatkozóan a Bank által utoljára megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 10.5. pontban) utolsó napján 24 órakor,
- 8.1.9. a csoportos biztosítási szerződésnek a Bank vagy a Biztosítók általi rendes felmondása esetén (ld. a 9.5.3. pontot) a felmondási idő kezdőnapján Biztosítottnak tekintendő személyek biztosítási védelme a felmondási idő lejáratának napján folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn.
- 8.2. Kettő Biztosított esetén a Biztosítók kockázatviselésének az egyik Biztosított

vonatkozásában történő megszűnése a másik Biztosítottra nem hat ki.

9. § Felmondás

9.1. A Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása

9.1.1. Biztosított szóbeli csatlakozás esetén a rá kiterjesztett kockázatviselést az írásbeli visszaigazolás (ld. még a 3.1.3. pontban) kézhezvételétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül a Bankhoz intézett, a 9.3. pont szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozat megküldése útján azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a Bankhoz történő beérkezés napján 24 órakor, de legkésőbb az elküldést követő 4. munkanapon 24 órakor lép hatályba.

9.1.2. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítettnek tekinteni, ha a Biztosított az azonnali hatályú felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napos határidőn belül postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosítotti jogviszony rendes felmondásának minősül.

9.2. A Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása

9.2.1. A Biztosított jogosult a biztosítotti jogviszonyát a Bankhoz intézett, a 9.3. pont szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal felmondani.

9.2.2. Ha a rendes felmondás a következő törlesztő részlet esedékessége előtti 15. napig beérkezik a Bankhoz, úgy a biztosítás a felmondás beérkezésekor folyamatban lévő biztosítási időszak végén megszűnik. Ha a rendes felmondás a következő törlesztő részlet esedékessége előtti 15 naptári napon belül érkezik be a Bankhoz, úgy a biztosítás a felmondás beérkezésekor folyamatban lévő biztosítási időszakot követő biztosítási időszak végén 24 órakor lép hatályba.

9.3. **Ha a Biztosított a 9.1. pont szerinti azonnali hatályú felmondást vagy a 9.2. pont szerinti rendes felmondást nem a Bank által rendszeresített formanyomtatványon teszi, akkor a felmondó nyilatkozatban – a feldolgozhatóság érdekében – legalább a következő adatokat kell szerepeltetni: (1) Biztosított neve, (2) Biztosított születési dátuma, (3) anyja neve, (4) személyazonosító okmány száma, (5) jelzálogkölcsön-szerződés száma (hitelazonosító szám).**

9.4. **Kettő Biztosított esetén a biztosítotti jogviszony bármelyikük általi megszüntetése a másik Biztosított biztosítotti jogviszonyára nem hat ki.**

9.5. A csoportos biztosítási szerződés felmondása

9.5.1. A **Biztosítók** akkor jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **90 napos** felmondási idővel **rendkívüli felmondással** felmondani, ha a biztosítási díjtétel(ek) módosítása válik szükségessé és arról a Bank és a Biztosítók nem tudnak megállapodni.

9.5.2. **Mind a Bank, mind a Biztosítók** jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **azonnali hatállyal** felmondani, ha a másik fél a csoportos biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségeit nem, vagy nem szerződésszerűen teljesíti. E jogával a sérelmet szenvedett Fél akkor élhet, ha a szerződésszegő Félhez intézett írásbeli nyilatkozatban – a bizonyítékokra hivatkozással – közli a szerződésszegő magatartás vagy mulasztás tényét és a másik Fél a szerződésszegő magatartást vagy mulasztást a felhívás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem szüntette meg. A **Biztosítók** akkor is jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **azonnali hatállyal** felmondani, ha a Bank a Biztosítók által kiszámlázott díjat a számla Bankhoz történő beérkezésétől számított 90 napon belül nem fizette meg.

9.5.3. **Rendes felmondás: mind a Bank, mind a Biztosítók** jogosultak a csoportos biztosítási szerződést 90 napos felmondási idővel felmondani. A felmondási idő alatt a csoportos biztosítási szerződéshez újabb Biztosítottak nem csatlakozhatnak.

9.5.4. **A 9.5.2. pont szerinti azonnali hatályú felmondás esetét kivéve a csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről a Bank legalább 60 nappal a megszűnés hatályba lépése előtt tájékoztatja a Biztosítottakat.**

10. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

10.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosítók kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítóknak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint.

10.2. **A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Bank - a Biztosított, illetve a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosa által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján – áthárítja a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosára (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 10.11-10.18. pontokban).**

10.3. A biztosítás havi díjfizetésű. A Bank minden Biztosított esetében egy teljes havi díjat köteles megfizetni, akkor is, ha a 6.2. pontban felsorolt esetekben az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási időszak tartama ténylegesen hosszabb vagy rövidebb, mint egy hónap.

10.4. A Biztosított csatlakozását követően a biztosítási díj első alkalommal a kockázatviselés kezdetét követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi időpontjában esedékes.

10.5. A Bank által az egyes Biztosítottakra vonatkozóan fizetendő havi biztosítási díjak az adott törlesztőrészlet esedékességével lezárult, már eltelt biztosítási időszakra vonatkoznak.

10.6. Az adott Biztosítottra vonatkozóan fizetendő díj összege megegyezik a havi törlesztőrészlet, mint díjszámítási alap és az adott Biztosítottra vonatkozó

szolgáltatási csomag szerinti díjtétel szorzatával. Az alkalmazandó díjtételt (szorzót) a vonatkozó csoportos biztosítási szerződés és annak alapján a biztosítási terméktájékoztató rögzíti.

- 10.7. A biztosítási díjtétel a választott szolgáltatáscsomagtól és a biztosításba bevont Biztosítottak számától függően különböző. Adóstársak biztosítása esetén, ha valamelyik társbiztosítottra vonatkozóan a 8.1. pontban felsorolt okok valamelyike miatt megszűnik a kockázatviselés, a megszűnés által nem érintett Biztosítottra vonatkozóan a továbbiakban a Bank az egy Biztosítottra vonatkozó díjtétel alkalmazásával kiszámított biztosítási díjat köteles megfizetni.
- 10.8. **Ha a Biztosított a törlesztőrészlet fizetésének vonatkozásában a Bankkal halasztásban állapodott meg, úgy a Bank a halasztás időtartama alatt a legutolsó - a kölcsönszerződés devizanemében meghatározott - biztosítási díjjal egyező összegű díjat köteles havonta megfizetni a Biztosító részére.**
- 10.9. A Bank díjfizetési kötelezettsége - az alábbi 10.10. pontban szereplő kivétellel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.
- 10.10. **A biztosítotti jogviszonynak a 9.1.2. pont szerint határidőn belülinek minősülő 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 Hitel törlesztésre szolgáló számla tulajdonosa által esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Hitel törlesztésre szolgáló számla tulajdonosának. Ha a kockázatviselés megszűnéséig biztosítási esemény következik be, akkor a kockázatviselési időszakra jutó díj megfizetésével kapcsolatban az általános rendelkezések az irányadók.**

A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

- 10.11. A Bank az adott Biztosítottra vonatkozóan a fenti 10.3-10.10. pontok szerint általa megfizetett biztosítási díj összegét áthárítja a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosára.
- 10.12. Az áthárított biztosítási díj a havi törlesztőrészlettel egy időben esedékes, azt a Bank a havi törlesztőrészlettel elkülönülten (külön terhelésként), de azzal egyidejűleg szedi be..
- 10.13. Ha a Biztosítók kockázatviselése megszűnik, de a kölcsönszerződés fennmarad, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Bank a Biztosítók kockázatviselésének megszűnését követő legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékességékor szedi be.
- 10.14. 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 díjat a Bank a kölcsönszerződés lezárásakor számolja fel.

- 10.15. **A Bank az áthárított biztosítási díj összegét a Hitel törlesztésére szolgáló számláról csak abban az esetben szedi be, ha a beszedés időpontjában az a Hitel törlesztésére szolgáló számláról teljes egészében beszedhető. Ha a Bank az áthárított biztosítási díj egészét nem tudja a Hitel törlesztésére szolgáló számláról beszedni, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.**
- 10.16. **A Bank a sikertelen beszedést követően szóban vagy írásban felszólítja a Biztosítottat, vagy a Hitel törlesztésére szolgáló számla tulajdonosát az elmaradt összeg megfizetésére, melyben figyelmezteti ő(ke)t arra, hogy amennyiben az elmaradt összeg az eredeti esedékességétől számított 90. napig sem kerül megfizetésre, akkor a Bank mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül és így a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan az elmaradt összeg eredeti esedékességétől számított 90. napon 24 órakor megszűnik.**
- 10.17. **A Bank és a Biztosítók jogosultak a biztosítási díj kiszámításához alkalmazandó díjtétel (szorzó) mértékének a módosításában is megállapodni, melynek nyomán a havi biztosítási díj (és így a Bank által áthárított biztosítási díj) is módosulhat.**
- 10.18. **Ha a Bank által a Biztosítottra áthárított havi biztosítási díj módosul, a Bank a díjemelés hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban írásban értesíti arról a díjemelés által érintett Biztosítottakat. Ha a Biztosított a változást nem fogadja el, jogosult a biztosítotti jogviszonyát a 9.2. pontban foglaltak szerinti rendes felmondással megszüntetni.**

11. § Értékkövetés

A Biztosítók értékkövetést nem alkalmaznak.

12. § Maradékjogok, kötvénykölcsön

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

13. § A biztosítási esemény, szolgáltatási csomagok, a szolgáltatási csomag módosítása

- 13.1. Az egyes banki termékekhez kapcsolódó biztosítások alapján az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:

A szolgáltatási csomag	<ul style="list-style-type: none">• Haláleset• legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás
-------------------------------	--

B szolgáltatási csomag	<ul style="list-style-type: none"> • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • Munkanélküliség (álláskeresőként történő nyilvántartás 30 napot meghaladóan) <p>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • 5 napot meghaladó kórházi kezelés <p><i>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.2. pontja tartalmazza.</i></p>
C szolgáltatási csomag	<ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • Munkanélküliség (álláskeresőként történő nyilvántartás 30 napot meghaladóan) <p>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • 5 napot meghaladó kórházi kezelés <p><i>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.2. pontja tartalmazza.</i></p>

- 13.2. A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek (a továbbiakban: **KBF**) tartalmazzák.
- 13.3. **A Biztosított a biztosítás tartama során egy alkalommal jogosult a szolgáltatási csomagot a Banknál személyesen módosítani a Bank által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány megfelelő kitöltésével és aláírásával. Amennyiben egy jelzőlgölcönsz szerződéshez kapcsolódóan kettő Biztosított csatlakozott, úgy a rájuk vonatkozó szolgáltatási csomag kizárólag abban az esetben módosítható, ha a Bank által rendelkezésre bocsátott és megfelelően kitöltött formanyomtatványt a Biztosítottak egyidejű jelenlétük alkalmával írják alá a Banknál.**
- 13.4. **Ha a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozás 30 millió Ft-ot meghaladó összeg és a Biztosított a haláleseti kockázatot nem tartalmazó B**

szolgáltatási csomagról kíván haláleseti kockázatot is tartalmazó A vagy C szolgáltatási csomagra váltani, akkor a csomagváltáshoz az alábbi táblázatban foglalt információ alapján egészségi kockázatelbírálás szükséges.

	fennálló tartozás a csomagváltás időpontjában
leendő Biztosított életkora a csomagváltás időpontjában	30.000.001 Ft - 100.000.000 Ft
18-50*	Egészségi Kérdőív
50-65**	Orvosi és laborvizsgálat

* a 18. születésnapon 0 órától az 50. születésnapon 24 óráig

** az 50. születésnapot követő napon 0 órától a 65. születésnapon 24 óráig

- 13.5. **A fenti 13.4. pont szerinti esetben a Biztosítók az Egészségi Kérdőívben adott válaszok, illetőleg az orvosi vizsgálat eredményei alapján egészségi kockázatelbírálást végeznek. A Biztosítók jogosultak a csomagváltást az erre vonatkozó formanyomtatvány kitöltésétől számított 60 napon belül indokolás nélkül visszautasítani**
- 13.5.1. **a kockázatelbírálás eredménye alapján, valamint**
- 13.5.2. **orvosi és laborvizsgálat alapján végzendő kockázatelbírálás esetén akkor, ha a Biztosított a vizsgálato(ko)n nem vett részt vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket a csomagváltási nyilatkozat aláírásától számított 45. napig nem kapták meg.**
- 13.6. **Ha a csomagváltáshoz nem szükséges kockázatelbírálás (azaz a fenti 13.4. pont szerinti esetek nem állnak fenn), akkor a Biztosítottra az új csomag az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 órától érvényes. Az új csomagnak megfelelő biztosítási díjat a Bank az adott Biztosítottra vonatkozóan az új csomag szerinti kockázatviselés hatályba lépését követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi időpontjától kezdve fizeti meg a 10.3-10.10. pontok szerint a Biztosítók részére. Ugyanezen időponttól kezdve ennek megfelelő mértékű áthárított biztosítási díj fizetendő a Bank részére a 10.11-10.18. pontokban foglaltak szerint.**
- 13.7. **Ha a csomagváltáshoz a fenti 13.4. pont alapján kockázatelbírálás szükséges, a Biztosítók írásban tájékoztatják a Biztosítottat a kockázatelbírálás eredményéről:**
- 13.7.1. **a csomagváltás elfogadása esetén közlik az új csomag alapján fedezett új kockázatokra vonatkozóan a kockázatviselés kezdetét (a döntést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napján 0 óra), mely időponttól a Biztosítottra az új csomag vonatkozik és az annak megfelelő biztosítási díj, valamint áthárított biztosítási díj fizetendő,**
- 13.7.2. **ha a Biztosítók a csomagváltást elutasítják,**

akkor a Biztosítottra a csomagváltás iránti igény ellenére továbbra is az eredeti szolgáltatási csomag vonatkozik és az annak megfelelő biztosítási díj, valamint áthárított biztosítási díj fizetendő.

14. § A Biztosítók szolgáltatása

14.1. Általános rendelkezések

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

14.1.1.1. **a Biztosított halála esetén** az Életbiztosító, **a Biztosított legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodása esetén** a Biztosító a vonatkozó KBF-ben meghatározott feltételekkel megtéríti a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára a biztosítási esemény időpontjában a Bank felé fennálló kölcsöntartozás összegét. A Biztosított fennálló kölcsöntartozása a következők szerint kerül kiszámításra:

Fennálló kölcsöntartozás = OC + I, ahol

OC a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. a vonatkozó KBF-ben) 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.

14.1.1.2. **a Biztosított keresésképtelensége vagy munkanélkülisége esetén** a Biztosító a vonatkozó KBF-ben meghatározott feltételekkel és időtartamra megfizeti (i) a Biztosított által a kölcsönszerződés alapján a Bank részére fizetendő

törlesztőrészeket, a 14.2. pontban szereplő limit erejéig a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára, továbbá (ii) megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. a 10.11-10.12. pontokat) összegét.

14.1.1.3. **a Biztosított 5 napot meghaladó kórházi kezelése esetén**, ha a Biztosított a baleset következtében a kórházi felvételtől számított 5. naptári napon fekvőbetegként megszakitás nélkül kórházban tartózkodik, akkor a Biztosító megfizeti (i) a kórházi felvétel napját megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét a 14.2. pontban szereplő limit erejéig a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára, valamint (ii) az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj (ld. a 10.11-10.12. pontokat) összegét a Bank részére. Ha a megszakitás nélküli kórházi tartózkodás a kórházi felvételtől számított 31. naptári napon is fennáll, a Biztosító megfizeti (i) a felvételtől számított 31. napot megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét is, a 14.2. pontban szereplő limit erejéig a hitelszámlára, valamint (ii) az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj összegét a Bank részére. A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 8 havi törlesztőrészlet és ugyanannyi havi áthárított biztosítási díj megfizetésére köteles.

14.2. Összegezerű korlátozások

14.2.1. a Biztosító által fizetendő fennálló tartozást illetően

Haláleset vagy legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás esetén a biztosítási esemény által érintett Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem haladhatja meg

- egy adott kölcsönszerződés vonatkozásában a 100 millió Ft-ot,
- több, biztosítással fedezett kölcsönszerződés alapján pedig együttesen a 350 millió Ft-ot.

Ha több, biztosítással fedezett kölcsönszerződés esetén az összesített fennálló tartozás 350 millió Ft-nál magasabb összegű, akkor a biztosítási esemény által érintett Biztosító a fennálló tartozásokat a legmagasabb összegű tartozással kezdve, majd a soron következő legnagyobb összegű tartozással folytatva egyenlíti ki mindaddig, amíg a 350 millió Ft-

os limit ki nem merül.

14.2.2. a Biztosító által fizetendő havi törlesztőrészletet illetően

Keresőképtelenség, munkanélküliség valamint balesetből vagy betegségből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem haladhatja meg a 350 ezer Ft-ot akkor sem, ha a kölcsönszerződés alapján az adott havi törlesztőrészlet összege meghaladja a 350 ezer Ft-ot.

14.3. A Biztosítóra vonatkozó rendelkezések olyan esetben, ha az adott kölcsönszerződés alapján csak egy személy a Biztosított:

14.3.1. **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 vagy munkanélküliséget követő legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás jogcímen teljesítendő szolgáltatásra. Ilyen esetben a második biztosítási esemény időpontjától a Biztosító a legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás jogcímen nyújtja a biztosítási szolgáltatást.**

14.4. További rendelkezések abban az esetben, ha az adott kölcsönszerződés alapján több személy is Biztosított:

14.4.1. **Kettő Biztosított esetén, ha mindkettőjükkel kapcsolatban egyszerre következik be olyan biztosítási esemény, amelynek alapján a biztosítási szolgáltatás a fennálló kölcsöntartozás kifizetése (halál vagy legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás), akkor a fennálló tartozás kifizetésére csak egy alkalommal kerül sor.**

14.4.2. Kettő Biztosított esetén, ha valamelyikükkel kapcsolatban olyan biztosítási esemény (keresőképtelenség vagy munkanélküliség) következett be, melynek alapján a Biztosító a havi törlesztőrészleteket fizeti meg, majd ezt követően a keresőképtelenség vagy munkanélküliség jogcímen járó szolgáltatás(ok) fizetésének tartama alatt valamelyik Biztosítottal kapcsolatban olyan biztosítási esemény következik be, amelynek alapján az érintett Biztosító a

fennálló kölcsöntartozás kifizetésére lenne köteles (halál vagy legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás) és ezen újonnan bekövetkezett biztosítási esemény kapcsán az érintett Biztosító térítési kötelezettsége a vonatkozó biztosítási feltételek alapján egyébként fennáll, akkor a Biztosító a fennálló kölcsöntartozás megtérítésére alapot adó biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával a keresőképtelenség vagy munkanélküliség jogcímen járó szolgáltatás fizetését befejezi. Ezt követően a fennálló kölcsöntartozás megfizetésére okot adó biztosítási esemény által érintett Biztosító megfizeti a biztosítási esemény napján fennálló kölcsöntartozást a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára.

14.4.3. Ha bármely Biztosítottal kapcsolatban keresőképtelenség vagy munkanélküliség következett be, majd ezt követően a keresőképtelenség vagy munkanélküliség jogcímen járó szolgáltatás(ok) fizetésének tartama alatt a másik Biztosítottal kapcsolatban szintén keresőképtelenség vagy munkanélküliség következik be, akkor a Biztosító az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít mindaddig, amíg az adott Biztosított ezen a jogcímen szolgáltatásra jogosult. Ezt követően (feltéve, hogy a biztosítási szolgáltatás nyújtásának feltételei egyébként fennállnak) a Biztosító az utóbb bejelentett biztosítási esemény alapján teljesíti a biztosítási szolgáltatást mindaddig, amíg az utóbb bejelentett biztosítási esemény által érintett Biztosított az adott biztosítási szolgáltatásra jogosult.

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

15.1. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy (a továbbiakban: biztosítási szolgáltatást igénylő személy) köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul - de legkésőbb 5 éven 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 2250

15.2. **Az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt**

lényeges körülmények kideríthetetlené váltak.

- 15.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosítók a következő dokumentumokat kérhetik:
- 15.3.1. a Banktól a Biztosított csatlakozási nyilatkozatát (szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén annak hangfelvételét),
 - 15.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt vagy egyéb, a szolgáltatási igény elbírálásának megindítására alkalmas kárbejelentő dokumentumot,
 - 15.3.3. a Banktól a kölcsönszerződés kárrendezési tevékenységhez feltétlenül szükséges adatait tartalmazó igazolást,
 - 15.3.4. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
 - 15.3.5. az érintett Biztosító által a 15.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
 - 15.3.6. **angol vagy német nyelvtől eltérő idegen nyelven kiállított dokumentumok esetén azok hitelesített magyar fordítását.**
- 15.4. **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.**
- 15.5. **Az egyes biztosítási kockázatokra / szolgáltatásokra vonatkozó KBF-ek a fentiekén túl további dokumentumok benyújtását írhatják elő.**
- 15.6. **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.**

16. § A biztosítók mentesülése

- 16.1. **Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó mentesülési okok:**

A közlési kötelezettség megsértése esetében (ideértve a csatlakozási nyilatkozatban és/vagy az Egészségi Kérdőíven - ha alkalmazandó - adott szándékosan valótlan válaszokat 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. A Biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban és/vagy az Egészségi Kérdőíven (ha alkalmazandó) adott szándékosan valótlan válaszai esetén a

- 16.2. **A 16.1 pontban írt eseten felül az Életbiztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított**
- 16.2.1. **szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye során vagy azzal összefüggésben hal meg,**
 - 16.2.2. **a biztosítás hatályba lépését követő két éven belül bekövetkező öngyilkosságával összefüggésben hal meg, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.**

17. § Kizárások**Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó kizárások:**

- 17.1. **Ha a csatlakozást megelőzően eredetileg deviza alapú kölcsönszerződéssel rendelkező Biztosított a forintosítást megelőzően élt az árfolyamrögzítés lehetőségével és a deviza alapú kölcsönszerződés forintosítását követően a forintosított kölcsönszerződés mellett az árfolyamrögzítésből eredő gyűjtőszámlahitel is fennmaradt, akkor biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a gyűjtőszámlahitel alapján fennálló fizetési kötelezettségeket illetően nem nyújt szolgáltatást.**
- 17.2. **A Biztosítók kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:**
 - 17.2.1. **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),**
 - 17.2.2. **állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit az elkövetéskor hatályos Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás), kivéve a bejelentett tüntetéseket,**
 - 17.2.3. **atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést),**
 - 17.2.4. **fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőrök esetében).**
- 17.3. **A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a Biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:**
 - 17.3.1. **búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá,**

- szóló- vagy nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
- 17.3.2. hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
- 17.3.3. autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, motocross sport, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad), vagy ilyen versenyekre való felkészülés,
- 17.3.4. privát-/sportrepülés/repülősporthoz (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés), bázisugrás,
- 17.3.5. állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspótló, díjlovaglás, díjugratás, fogathajtás).
- 17.4. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek a Biztosított hivatásszerű sporttevékenysége közben következtek be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.
- 17.5. 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.
- 17.6. A Biztosítók kockázatviselése 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.
- 17.7. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosítók kockázatviselésének kezdetekor rokkantsági ellátásban részesül.
- 17.8. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha
- 17.8.1. a Biztosított a baleset idején 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),
- 17.8.2. 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,
- 17.8.3. a biztosítási esemény miatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett,
- 17.8.4. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be,
- 17.8.5. a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével,
- 17.8.6. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be,
- 17.8.7. a biztosítási esemény a Biztosított bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán áll be,
- 17.8.8. a Biztosított diagnosztizált betegség esetén az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.
- A Biztosító esetében alkalmazandó további kizárások:**
- 17.9. 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.
- 17.10. 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.
- 18. § A panaszok bejelentése, jogorvoslati fórumok**
- 18.1. A csoportos biztosítási szerződésekkel kapcsolatban felmerült panaszokat az érintett Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbiak szerint:
- 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@cig.eu.
- 18.2. A panasz által érintett Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszost 30 napon belül értesíteni.
- 18.3. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja.
- 18.4. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli panasz kezelésével nem ért egyet, az érintett Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát (1) a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a panaszosnak átadja, (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén - a panasz közlését

követő harminc napon belül megküldendő - indokolással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg megküldi a panaszosnak. A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

- 18.5. A Biztosítók felügyeleti szerve:
Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
- 18.6. A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerint a panasz megoldásának sikertelensége esetén a panaszos az alábbi lehetőségek közül választhat:
- 18.6.1. Jogszabálysértés, így különösen a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a panaszos a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet.
- Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ
Ügyfélszolgálati cím: 1122 Budapest, Krisztina körút 6.
Levél cím: H-1534 Budapest BKKP Pf.:777.
Telefon: (36-80) 203-776,
Fax: (36-1) 489-9102
E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.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.

- 18.6.2. A biztosított jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződészegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén
- 18.6.2.1. 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

- 18.6.2.2. a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT) (Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55. Levél cím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., Ügyfélszolgálat címe: 1122. Budapest, Krisztina krt. 6., Telefon: (36-80) 203-776, E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) eljárását kezdeményezheti
- Elektronikus formában 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-nyomtatvany/>).

19. § Egyéb rendelkezések

- 19.1. 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.
- 19.2. **A biztosításból eredő igények az igény alapjául**

szolgáltató esemény bekövetkezésétől számított 5 év elteltével elévülnek.

- 19.3. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Különös biztosítási feltételek (KBF) Életbiztosítási kockázat

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha az A vagy C szolgáltatási csomagot választotta.

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (a továbbiakban: Életbiztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bármely - ki nem zárt - okból bekövetkezett halála.

2. § Területi hatály

A biztosítás valamennyi országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed.

3. § Az Életbiztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az Életbiztosító a jelen feltételekben meghatározott feltételekkel megtéríti a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára a Biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában fennálló kölcsöntartozását.
- 3.2. **Az Életbiztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**

4. § Az Életbiztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. Az Életbiztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az ÁBF-ben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:
- 4.1.1. halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolata.

szerinti érintett biztosító (a továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetből vagy betegségből 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. § Területi hatály

A biztosítás a Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azzal, hogy a Biztosított egészségkárosodását okozó baleset vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet.

3. § A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megtéríti a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára a Biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. 1.2. pont) fennálló kölcsöntartozását.
- 3.2. **A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**

4. A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az ÁBF-ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:

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

5. § Kizárások

- 5.1. **A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.**
- 5.2. **A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor bármilyen jogcímen - kivéve az özvegyi nyugdíjat - nyugdíjas.**

Különös Biztosítási Feltételek (KBF) Legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás kockázat

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha az A vagy C szolgáltatási csomagot választotta.

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja

Különös Biztosítási Feltételek (KBF) Keresőképtelenségi kockázat

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha a B vagy C szolgáltatási csomagot választotta.

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel 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 KBF szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.**

2. § Területi hatály

Az 1.1. pontban meghatározott biztosítási eseménynek Magyarország területén kell bekövetkeznie. A Biztosított keresőképtelenségét okozó baleset vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet.

3. § A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a 4.1-4.3. pontokban foglaltak szerint megfizeti **(1)** a biztosítási esemény bekövetkezésének napján vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészleteket (meghatározását ld. az ÁBF 1.6. pontjában), de **törlesztőrészletenként legfeljebb 350 ezer Ft-ot**, a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára, továbbá **(2)** megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az ÁBF 10.11-10.12. pontjait) összegét.
- 3.2. **A Biztosító a 3.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a keresőképtelenség megszűnéséig, vagy (ii) a kölcsönszerződés megszűnésének időpontjáig, (iii) de legfeljebb 8 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 3.3. 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.

- 3.4. **A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 32 hónap szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.**

4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az ÁBF-ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 4.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 4.1.2. 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,
 - 4.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát.

- 4.2. **Első szolgáltatásként a Biztosító a keresőképtelenség 31. napján vagy azt követően esedékessé váló törlesztőrészletet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díjat) fizeti meg abban az esetben, ha a Biztosított benyújtotta a fenti 4.1.1-4.1.3. pontokban felsorolt, valamint a Biztosító által esetlegesen bekért, az ÁBF 15.4. pontjában felsorolt dokumentumokat és igazolta, hogy több mint 30 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 4.1.2. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség 31. napján vagy azt követően állítottak ki. Az első szolgáltatás az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**

- 4.3. **Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha erre a biztosított továbbra is jogosult) a 4.1.3 pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.**

- 4.4. **Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a keresőképtelenségének további fennállását a 4.3 pont szerint nem igazolja, 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 ÁBF-ben foglaltakon túl - nem terjed ki:**
 - 5.1.1. **aszteniával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 5.1.2. **nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma), pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,**

- 5.1.3. **detoxikálóval, alvasterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 5.1.4. **geriátriai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 5.1.5. **rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 5.1.6. **gyógypedagógiával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 5.1.7. **gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 5.1.8. **orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 5.1.9. **anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:**
 - 5.1.9.1. **terhesség és szülés miatti keresőképtelenség,**
 - 5.1.9.2. **gyermekápolási táppénz,**
 - 5.1.9.3. **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),**
 - 5.1.10. **olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,**
 - 5.1.11. **olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,**
 - 5.1.12. **a keresőképtelenség időtartama alatt történt csatlakozás esetén arra a keresőképtelenségre, amelynek tartama alatt a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatot tette,**
 - 5.1.13. **a kölcsönszerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.**
- 5.2. **Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét, vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-terjesztése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménynek és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.**
- 5.3. **A Biztosító nem nyújt szolgáltatást arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.**

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. 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.
- 6.2. 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.

Különös Biztosítási Feltételek (KBF) Munkanélküliségi kockázat

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha a B vagy C szolgáltatási csomagot választotta.

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel 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 (munkanélkülként) történő nyilvántartása.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként (munkanélkülként) nyilvántartott állapotának a 31. napja.
- 1.3. **E KBF szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett véltlen és a Biztosított akaratán kívüli ok miatti álláskeresővé (munkanélkülivé) válása minősül biztosítási eseménynek.**

2. § Területi hatály

A biztosítás az Európa országaiban bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, kivéve Törökországot és a volt Szovjetunió azon utódállamait, amelyek nem EU-tagok..

3. § A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az 5.2-5.3. pontok szerint megfizeti **(1)** a biztosítási esemény bekövetkezésének napján vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészleteket (meghatározását ld.az ÁBF 1.6. pontjában), de **törlesztőrészletenként legfeljebb 350 ezer Ft-ot** a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára, továbbá **(2)** megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az ÁBF 10.11-10.12. pontjait) összegét.
- 3.2. **A Biztosító az 1.1. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén is csak abban az esetben köteles szolgáltatást nyújtani, ha a Biztosított az álláskeresőként történő nyilvántartásba vételét megelőző legutóbbi munkaviszonyának megszűnését megelőző 12**

hónap során a 7.3. pont szerint folyamatosnak minősülő, a 7.2. pont szerinti munkaviszonnal rendelkezett.

- 3.3. A Biztosító a 3.1. pont szerinti szolgáltatást *(i)* a Biztosított álláskeresőkénti (munkanélkülkénti) nyilvántartása megszűnésének időpontjáig, vagy *(ii)* a kölcsönszerződés megszűnésének időpontjáig, *(iii)* de – egy biztosítási esemény kapcsán – legfeljebb 8 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be hamarabb.
- 3.4. Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 8 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha *(1)* az érintett Biztosított a Biztosító szolgáltatásának megszűnését követően ismétlenül a 7.2 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismétlenül munkanélkülivé vált, továbbá *(2)* a 8. havi szolgáltatás kifizetése és az újbóli munkanélkülivé válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt (figyelembe véve a 3.2. pont rendelkezéseit is).
- 3.5. A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 32 hónap szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

4. § Várakozási idő

Álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetére a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha *(i)* a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy *(ii)* a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító a bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

Ha a Biztosított a munkanélküliségi kockázat a Biztosított csomagváltása (ld. még az ÁBF 13.3-13.7. pontjaiban) folytán terjed ki, akkor a várakozási időt a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó kockázatviselési kezdő időponttól (ld. az ÁBF 7.6. pontjában) kell számítani.

5. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

5.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az ÁBF-ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:

magyarországi munkaviszony esetén:

- 5.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- 5.1.2. a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
- 5.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,

mind magyarországi, mind külföldi munkaviszony esetén:

- 5.1.4. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát,

- 5.1.5. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- 5.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső,
- 5.1.7. az álláskeresői járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
- 5.1.8. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.

5.2. Első szolgáltatásként a Biztosító a megszakítás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 31. napján vagy azt követően esedékessé váló törlesztőrészletet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díjat) fizeti meg abban az esetben, ha a Biztosított benyújtotta a fenti 5.1.1-5.1.8. pontokban felsorolt dokumentumokat és igazolta, hogy több mint 30 napja megszakítás nélkül álláskeresőként tartja nyilván a munkaügyi központ vagy kirendeltség. A teljesítéshez az 5.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a megszakítás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 31. napján vagy azt követően állítottak ki. Az első szolgáltatás az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

5.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha erre a biztosított továbbra is jogosult) az 5.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.

5.4. Ha a Biztosított az 5.3 pont szerinti nem igazolja, a Biztosító a kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezetteknek 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.

6. § Kizárások

6.1. A Biztosító kockázatviselése - az ÁBF-ben foglaltakon túl - nem terjed ki:

- 6.1.1. a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
- 6.1.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően *(i)* nem állt a 7.2 pont szerinti munkaviszonyban, vagy *(ii)* a 7.2 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,
- 6.1.3. 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,

- 6.1.4. a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszűnésére, ha azt a Biztosított kezdeményezte,
- 6.1.5. a munkaviszonynak a Biztosított által tett felmondás miatti megszűnésére,
- 6.1.6. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
- 6.1.7. a munkaviszonynak a munkáltató által azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
- 6.1.8. a munkáltató általi felmondásra öregségi vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
- 6.1.9. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a kockázatviselés kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette.
- 6.2. A 6.1.2 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 7.2 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.
- 6.3. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjáig a Biztosított vagy a munkáltatója felmondást vagy azonnali hatályú felmondást, közös megegyezéssel történő munkaviszony megszüntetést kezdeményezett.

7. § Fogalom meghatározások

- 7.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, aki a vonatkozó jogszabályok alapján (i) a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, (ii) oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, (iii) öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem részesül, (iv) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb keresőtevékenységet sem folytat, (v) elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit (vi) az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart.
- 7.2. **Munkaviszony:** legalább heti 20 órás tartamú,
7.2.1. magyarországi munkavállalás esetén (i) a Munka Törvénykönyvéről szóló 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.

7.2.2. külföldi munkavállalás esetén a területi hatály (ld. jelen KBF 2. §-át) 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.

7.3. **Folyamatos munkaviszony:** a Biztosító folyamatos munkaviszonynak tekinti, ha a Biztosított kettő munkaviszonya között 15 naptári napnál kevesebb idő telik el.

Különös Biztosítási Feltételek (KBF) 5 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha (1) a B vagy C szolgáltatási csomagot választotta és (2) nem áll a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 7.3. pontja szerinti munkaviszonyban.

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

1.1. Jelen KBF alapján biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség közvetlen következményeként, kórházban, fekvőbetegként, az önrészesedés tartamát (5 naptári nap) meghaladó folyamatos kezelése.

2. § Területi hatály

A biztosítás a Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azzal, hogy a Biztosított kórházi kezelését szükségessé tevő baleset a világ bármely országában bekövetkezhet.

3. § A Biztosító szolgáltatása

3.1. Ha a Biztosított az alábbi 6.1. pontban meghatározott egyes Jogosultsági Időpontokban a kórházi felvételt eredményező baleset vagy betegség következtében fekvőbetegként megszakítás nélkül kórházban tartózkodik (a továbbiakban: kórházi tartózkodás), akkor a Biztosító megfizeti (1) az adott Jogosultsági Időpontot megelőzően esedékessé vált

legutóbbi havi törlesztőrészlet (meghatározását ld. az ÁBF Hiba! A hivatkozási forrás nem található.. pontjában) **összegét, de legfeljebb 350 ezer Ft-ot** a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitel technikai számlára, valamint **(ii)** az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj (ld. az ÁBF Hiba! A hivatkozási forrás nem található.-Hiba! A hivatkozási forrás nem található.. pontjait) összegét a Bank részére.

- 3.2. Ha a megszakítás nélküli kórházi tartózkodás a kórházi felvételtől számított 31. naptári napon is fennáll, a Biztosító megfizeti **(i)** a felvételtől számított **31. napot megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét is, de legfeljebb 350 ezer Ft-ot** a hitelszámlára, valamint **(ii)** az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj összegét a Bank részére.
- 3.3. **A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2 havi, a biztosítás tartama alatt összesen legfeljebb 8 havi törlesztőrészlet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díj) megfizetését vállalja. Az újabb biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés kezdőnapja és a korábbi biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés utolsó napja között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszaknak kell eltelnie.**

4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosított köteles – az ÁBF Hiba! A hivatkozási forrás nem található..§-ában felsoroltak mellett - a Biztosító részére benyújtani a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolásokat.
- 4.2. **A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**

5. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése - az ÁBF-ben foglaltakon túl - nem terjed ki az alábbiakban felsorolt (akár köz-, akár magánintézményben, kórházban vagy klinikán folytatott) kórházi kezelésekre: kúra, pihenés, rehabilitáció, lábadozás, visszaszoktatás, újraképzés, nem baleseti eredetű pszichiátriai kezelés.

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. **Jogosultsági Időpont:** első alkalommal a kórházi felvétel napját követő 5. naptári nap, ezt követően – ha a kórházi tartózkodás megszakítás nélkül továbbra is fennáll - a 31. naptári nap.
- 6.2. **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)** geriatriai, „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 pénzügyi 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 hatóságai

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 Biztosító 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 létrejötté érdekében továbbítja az Ön személyes adatait a Biztosító részére. A független biztosításközvetítőtől érkező személyes adatokat a Biztosító a szerződés létrejötté 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 információs 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 adósságrendezési 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 kapcsolatos 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 biztosja,
- 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, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
- b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben 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

szervződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
- b) a szervződő, 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 szervződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- d) a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szervződéssel 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 szervződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

(6) A megkereső biztosító az 1. melléklet A) rész 3. és 10. pontjában meghatározott ágazatokhoz tartozó szervződés 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 szervződésekkel kapcsolatban – a biztosítási szervződés vonatkozásában – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a szolgáltatások jogszabályoknak és szervződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szervződésekkel kapcsolatos visszaélések kiszűrése céljából közös adatbázist (a továbbiakban: Adatbázis) hozhatnak létre, amely tartalmazza

- a) a szervződő személy azonosító adatait;
- b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
- c) az a) és b) pontokban meghatározott szervződőt 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 szervződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szervződésnek 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.”