



GB635 JELŰ TÖRLESZTÉSI BIZTOSÍTÁS (CSOPORTOS HITELFEDEZETI BIZTOSÍTÁS) ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA

ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

Jelen feltételek – ellenkező szerződéses kikötések hiányában – a Groupama Garancia Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és az OTP Bank Nyrt. valamint az OTP Jelzálogbank Zrt. között létrejött GB635 jelű csoportos biztosítási szerződésre (a továbbiakban együttesen: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést erre hivatkozva kötötték, és a jelen feltételhez kapcsolódó különös feltételek másépp nem rendelkeznek.

Jelen törlesztési biztosítás alapján a biztosító a természetes személy biztosított halála, balesetből vagy betegségből eredő egészségi állapot csökkentése, munkanélkülisége vagy keresőképzetlensége esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.

1.§ A szerződés alanyai

1.1. A csoportos biztosítási szerződés alanyai a szerződők, a biztosított, a kedvezményezett és a biztosító.

1.2. A **szerződő** az OTP Bank Nyrt. és az OTP Jelzálogbank Zrt. (a továbbiakban: OTP JZB), melyek a biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést megkötik. A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatokat (mint fő-szerződő) az OTP Bank Nyrt. teszi, valamint az OTP Bank Nyrt. köteles a csoportos biztosítás első díját a biztosítóknak megfizetni (ld. még 5.1. és 11.2. pontok). A **szerződő** a **csoportos biztosítási szerződés tartama alatt a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.**

1.3. A **biztosított** az a szerződők valamelyikével jelzáloghitel szerződéses jogviszonyban (forint-, illetve deviza alapú lakáshitel vagy szabad felhasználású jelzáloghitel, a továbbiakban együttesen: hitelszerződés) álló természetes személy, akire a biztosító kockázatot vállal és akinek a halálával, balesetével, betegségével és/vagy munkanélkülivé válásával összefüggő kockázatokra a csoportos biztosítási szerződés létrejött, és aki megfelel a biztosítottakkal szemben támasztott követelményeknek (ld. 4.§).

1.4. A **kedvezményezett** a csoportos biztosítási szerződésben megjelölt azon jogi személy, amely jogosult arra, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a csoportos biztosítási szerződés szerinti szolgáltatásokat számára teljesítsék. A csoportos biztosítási szerződés kedvezményezettje a biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban adott **írásbeli hozzájárulása** alapján az OTP Bank Nyrt., illetve az OTP JZB, lakástakarékpénztári megtakarítással kombinált hitelek esetében pedig az előírt minimális havi megtakarítás tekintetében az OTP Lakástakarékpénztár Zrt. A hitelszerződésből eredő követelés eladása vagy engedményezése esetén a kedvezményezett az OTP Csoport azon más tagja, amelynek a részére a szerződők egyike a hitelszerződésből eredő követelését eladja vagy engedményezi.

1.5. A biztosító a Groupama Garancia Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a vonatkozó biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

2.§ A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

A csoportos biztosítási szerződés a szerződők és a biztosító között írásban jött létre.

3.§ A biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

3.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, amelyhez a biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megítélésével egyénileg csatlakoznak.

3.2. Az adott hitelszerződés alapján érintett szerződő (a továbbiakban: érintett szerződő) hitelszerződést köt ügyfele a csoportos biztosítási szerződéshez az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat:

3.2.1. Írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján:

- a hitelkérelem beadásával, illetőleg a hitelszerződés aláírásával egyidejűleg aláírt csatlakozási nyilatkozattal és az egészségi nyilatkozat aláírásával, illetve (ha az a leendő biztosított életkora és/vagy az igényelt hitel összege miatt szükséges) az egészségi kérdőív kitöltésével;
- a kölcsönösszeg folyósítását követően a szerződő részére eljuttatott utólagos csatlakozási nyilatkozattal és az egészségi nyilatkozat aláírásával, illetve (ha az a leendő biztosított életkora és/vagy az igényelt hitel összege miatt szükséges) az egészségi kérdőív kitöltésével. Ha az írásbeli utólagos csatlakozási nyilatkozat aláírására nem a szerződők valamelyikének a fiókjában kerül sor, akkor az csak abban az esetben tekintendő szabályosan kitöltöttnek, ha a biztosított a nyilatkozatot 2 tanú előtt írta alá.

3.2.2. szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján:

a kölcsönösszeg folyósítását követően, a szerződő által kezdeményezett és az ügyfélszolgálat által rögzítésre került telefonhívás során tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal.

3.3. Ha a biztosított a kölcsönösszeg folyósítását követően tesz írásbeli csatlakozási nyilatkozatot és azt nem a szerződőnél személyesen teszi, akkor az csak abban az esetben tekintendő érvényesnek, ha az utólagos csatlakozási nyilatkozat aláírása két tanú előtt történt. Ellenkező esetben az ügyfél által tett csatlakozási nyilatkozat érvénytelen és annak alapján az adott ügyfélre a csoportos biztosítási szerződés hatálya nem terjed ki.

3.4. A biztosított az írásbeli csatlakozási nyilatkozat aláírásával:

- 3.4.1. kijelenti, hogy megfelel a biztosítottakkal szemben támasztott követelményeknek (ld. 4.§);
- 3.4.2. elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit, hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen;
- 3.4.3. a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik;
- 3.4.4. hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító a biztosított személyes adatait, valamint a biztosított egészségi állapotával, hitelszerződésével kapcsolatos – a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – adatait beszeresse, nyilvántartsa, valamint kezelje;
- 3.4.5. felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási és munkaügyi szerveket azon – az egészségi állapotával, fennálló és korábbi betegségeivel, baleseteivel, illetve munkanélküliségével összefüggő – adatoknak a biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.

3.5. A biztosító a biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban és/vagy az egészségi nyilatkozatban és/vagy az egészségi kérdőívben (ha alkalmazandó) tett nyilatkozatait a biztosító kérdéseire adott írásbeli válasznak tekintti, melyekre a biztosított közlési kötelezettségére vonatkozó szabályok alkalmazandók.

3.6. Adóstársak esetében alkalmazandó további rendelkezések:

3.6.1. Ha a hitelkérelem/hitelszerződés aláírásakor a főadós életkora meghaladja a 60 évet és emiatt nem lehet biztosított, viszont az adóstárs megfelel a biztosítottakra vonatkozó előírásoknak (ld. 4.§), akkor az adóstárs a hitelkérelem/hitelszerződés aláírásakor egyedüli biztosítottként jogosult csatlakozni a csoportos biztosítási szerződéshez.

3.6.2. Ha mind a főadós, mind az adóstárs megfelel a biztosítottakra vonatkozó előírásoknak, akkor a csatlakozási nyilatkozat megfelelő részének kitöltésével a főadós mellett az adóstárs is csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez.

3.6.3. Ha a főadós mellett több természetes személy is szerepel adóstársként, akkor a főadós mellett legfeljebb egy adóstárs válhat biztosítottá. Ilyen esetben a csatlakozási nyilatkozatban meg kell jelölni, hogy a főadós mellett adóstársként szereplő több természetes személy közül adóstársi minőségben ki csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez.

3.6.4. Ha a főadós a hitelkérelem/hitelszerződés aláírásakor nem csatlakozott, akkor az adóstárs később kizárólag a főadóssal együtt csatlakozhat. Az adóstárs által egyedüli biztosítottként tett utólagos csatlakozás semmis és annak alapján a csoportos biztosítási szerződés hatálya nem terjed ki az adóstársra.

4.§ A biztosítottra vonatkozó előírások

4.1. A biztosított az általa tett írásbeli csatlakozási nyilatkozat alapján az lehet, aki

- 18 és 60 év közötti;
- hitelszerződésének futamideje legalább 5 év, de nem haladja meg a 35 évet;
- a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában megfelel az egészségi nyilatkozatban felsorolt feltételeknek, illetve ha szükséges kitölteni, akkor az egészségi kérdőívben feltett egyik kérdésre sem adott igen választ. Ez az előírás csak azokra a biztosítottakra alkalmazandó, akikre az „A” biztosítási csomag vonatkozik (a biztosítottra vonatkozó biztosítási csomagra vonatkozó rendelkezéseket ld. a 13.§-ban).

4.2. A csatlakozási nyilatkozat megtételekor munkaviszonnyal rendelkező biztosítottakkal szembeni további követelmények az alábbiak:

4.2.1. a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjáig sem ő, sem a munkáltatója nem kezdeményezett rendes vagy azonnali hatályú felmondást, közös megegyezéssel történő munkaviszony megszüntetést;

4.2.2. tudomása szerint nem tartozik az alkalmazottak azon körébe, akiknek az elkövetkező 12 hónapban a munkáltatónál végrehajtott átszervezés, alkalmazotti létszámcsökkentés vagy a munkáltató esetleges csődje vagy felszámolása miatt megszüntetnék a munkaviszonyát.

5.§ A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

5.1. A csoportos biztosítási szerződés első díjának megfizetésére az OTP Bank Nyrt. mint fő-szerződő köteles, valamint szintén az OTP Bank Nyrt. köteles a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére.

5.2. A csoportos biztosítási szerződés havi díját az érintett szerződő fizeti meg a biztosító részére. A biztosító részére megfizetett havi biztosítási díjnak a biztosítottra jutó arányos részét az érintett szerződő – a biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján – áthárítja a biztosítottra.

5.3. Az érintett szerződő és a biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a biztosító által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.

5.4. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a szerződő és a biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a biztosítóval írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal az érintett szerződő és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. **A szerződő, illetve a biztosított köteles a lényeges körülmények változását (pl. a hitelszerződés tartalmának vagy összegének megvál-**

toztatása, a biztosított nyugdíjba vonulása) a biztosítónak írásban bejelenteni a változás bekövetkezésétől számított 15 napon belül.

5.5. A közlésre vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- a. bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor (az egyes biztosítottak esetén a 7.2. pontban megjelölt időpontban) ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;
- b. a csoportos biztosítási szerződés megkötésétől, az egyes biztosítottak esetén a 7.2. pontban megjelölt időponttól a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

5.6. Ha a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes szerződőkkel, illetve biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

5.7. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

5.8. Ha a biztosító a szerződéskötést (az egyes biztosítottak esetén a 7.2. pontban megjelölt időpontot) követően szerez tudomást a szerződéskötéskor (a csatlakozási nyilatkozat megtételekor) már fennállt lényeges körülményről, az ebből eredő jogokat a csoportos biztosítási szerződés (biztosított esetén a rá vonatkozó biztosítási jogviszony) fennállásának az első öt évében gyakorolhatja.

5.9. Az 5.7. és az 5.8. pont rendelkezéseit a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változására vonatkozó bejelentési kötelezettség megsértésének következményeire is megfelelően alkalmazni kell. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló öt éves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

5.10. A biztosító a szolgáltatás jogalapjának megállapítása céljából jogosult a vele közölt adatok ellenőrzésére, és ezért a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban kérdéseket tehet fel és/vagy orvosi vizsgálatot kérhet. A biztosított az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.

5.11. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.

5.12. A biztosítottat kizárólag a rá vonatkozó biztosítási jogviszony felmondásának joga illeti meg (ld. 9.1.–9.2. pontok). A biztosítottat nem illeti meg

- a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy
- a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.

A biztosított a csoportos biztosítási szerződésbe szerződő félként nem léphet be.

6.§ A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

6.1. A biztosítottra vonatkozóan a biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam. E tartam biztosítási időszakokra oszlik.

6.2. A biztosítási időszak a törlesztőrészlet esedékességét követő naptól a következő törlesztőrészlet esedékességének napján 24 óráig tart, kivéve az alábbi eseteket:

- 6.2.1. Az első biztosítási időszak a biztosító kockázatviselésének kezdetétől számított következő törlesztőrészlet esedékességének napján 24 óráig tart.
- 6.2.2. Az adott hitelszerződéshez kötődő első biztosítási időszak tartama legfeljebb 120 nap lehet.

6.2.3. Az utolsó biztosítási időszak a kockázatviselés megszűnésének napján 24 óráig tart. Amennyiben a biztosítási fedezet kezdetének és megszűnésének hónapja megegyezik, akkor az utolsó biztosítási időszak megegyezik az első biztosítási időszakkal.

7.§ A biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

7.1. Ha a csoportos biztosítási szerződés és/vagy a vonatkozó különös biztosítási feltételek eltérően nem rendelkeznek, a biztosító kockázatviselése a biztosított hitelszerződésének tartamán belül arra az időszakra terjed ki, amely alatt a biztosítottnak hiteltartozása áll fenn a szerződő felé.

7.2. A biztosító a biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag alapján fedezett kockázatokat – az alábbi 7.3. pontban szereplő kivétellel – a csatlakozás módjától függően az alábbi időpontok valamelyikétől viseli:

7.2.1. a hitelszerződés megkötésekor tett írásbeli csatlakozási nyilatkozat esetén a hitel folyósításának napján 0 órától;

7.2.2. a kölcsönösszeg folyósítását követően tett írásbeli utólagos csatlakozási nyilatkozat esetén a szabályosan kitöltött és aláírt nyilatkozatnak a szerződőhöz történő beérkezését követő naptári napon 0 órától (ha az írásbeli utólagos csatlakozási nyilatkozat aláírására nem a szerződők valamelyikének a fiókjában kerül sor, akkor az csak abban az esetben tekintendő szabályosan kitöltöttnek, ha a biztosított a nyilatkozatot 2 tanú előtt írta alá);

7.2.3. a hitelszerződés megkötését követően tett szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén a szerződő telefonos ügyfélszolgálatára részére tett – és a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített – szóbeli nyilatkozat megtételének napján 0 órától.

7.3. A biztosító nem viseli a keresőképtelenségi és a munkanélkülségi kockázatokat addig, amíg a hitel törlesztése a szerződő által engedélyezett módon szünetel.

7.4. Távközlő eszköz útján történt csatlakozás (szóbeli csatlakozási nyilatkozat vagy nem a szerződő fiókjában személyesen aláírt utólagos írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján történt csatlakozás) esetén a szerződő írásbeli visszaigazolást küld a biztosított részére arról, hogy a biztosító kockázatviselése a biztosítottra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás).

8.§ A biztosító kockázatviselésének megszűnése

8.1. Ha a hitelszerződéshez kapcsolódó biztosítás alapján mind a főadós, mind az adóstárs biztosított és a biztosító kockázatviselése vagy csak a főadósra, vagy csak az adóstársra vonatkozóan szűnt meg, akkor a megszűnés által nem érintett biztosított továbbra is biztosítva marad.

8.2. A biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan az összes kockázatra megszűnik abban az időpontban, amelyik az alább felsoroltak közül leghamarabb bekövetkezik:

8.2.1. a biztosított hitelszerződésének eredeti lejáratú időpontjában 24 órákor;

8.2.2. az utolsó hiteltörlesztés esedékességének napján 24 órákor;

8.2.3. ha a biztosított hitelszerződése bármely okból megszűnik, a hitelszerződés megszűnésének napján 24 órákor;

8.2.4. azon a napon, amikor a biztosított aktuális hiteltartozását a biztosító a biztosítási események bekövetkezése esetén kiegyenlíti;

8.2.5. annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órákor, amelyben a biztosított a 65. életévét betöltötte;

8.2.6. a biztosított halálának napján, amennyiben az nem minősül biztosítási eseménynek;

8.2.7. ha az érintett szerződő az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat nem fizeti meg, a szerződő által a biztosítottnak küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével a határidő napján 24 órákor;

8.2.8. a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás megtételének napján 24 órákor;

8.2.9. a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének, azaz a (9.2. szerinti) utolsó biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor;

8.2.10. a hitelszerződés aláírásától számított legfeljebb 35 év elteltével az

aláírás hónapjával és napjával megegyező napon 24 órákor (ha az adott évben az adott naptári hónap nem tartalmaz az aláírás napjával megegyező sorszámú napot, akkor az aláírás hónapjával megegyező hónap utolsó napján 24 órákor).

8.3. A biztosító kockázatviselése a haláleseti kockázat (a „C” biztosítási csomag esetében a baleseti halál kockázat) kivételével megszűnik továbbá:

8.3.1. azon a napon 24 órákor, amikor a biztosított öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonul;

8.3.2. a biztosított 30%-os, vagy az alatti egészségi állapot elérését megállapító jogerős határozat meghozatalának napján 24 órákor.

9.§ Felmondás

9.1. A biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony azonnali hatályú felmondása

9.1.1. Távközlő eszköz útján történt csatlakozás (szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján vagy – nem a szerződő fiókjában személyesen aláírt – utólagos írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján történt csatlakozás) esetén a biztosított a rá kiterjesztett kockázatviselést a szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás (ld. még a 7.4. pontban) kézhezvételétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a megtétel napján 24 órákor lép hatályba. Ilyen esetben a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakra nem áll fenn díjfizetési kötelezettség.

9.1.2. Ha a biztosított szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján csatlakozott, akkor az azonnali hatályú felmondás jogát a szerződő által küldött írásbeli visszaigazolás (ld. még a 7.4. pontban) kézhezvételétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül írásban gyakorolhatja.

9.1.3. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítettnek tekinteni, ha a biztosított az azonnali hatályú felmondását a visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napos határidőn belül postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi.

A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondásának minősül.

9.2. A biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondása

9.2.1. A biztosított jogosult a rá vonatkozó biztosítási jogviszonyt az érintett szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozattal a folyó biztosítási időszak végére felmondani. A biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony felmondása esetén a biztosító kockázatviselése a felmondás megtételének időpontjában folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor szűnik meg, feltéve, hogy az írásbeli felmondás legkésőbb a felmondás megtételének időpontjában folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 óráig az érintett szerződőhöz beérkezik. Ha a felmondás ezen időpontot követően érkezik be az érintett szerződőhöz, akkor a felmondás csak a felmondás beérkezésének időpontjában folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor lép hatályba.

9.2.2. Ha mind a főadós, mind az adóstárs biztosított, akkor

– a főadós által tett felmondás mind a főadós, mind az adóstárs biztosítási jogviszonyát is megszünteti;

– az adóstárs felmondása nem hat ki a főadós biztosítási jogviszonyára.

9.3. A csoportos biztosítási szerződés felmondása rendes felmondás útján

9.3.1. A csoportos biztosítási szerződést mind az OTP Bank Nyrt. (mint főszerződő), mind a biztosító jogosult a másik félhez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani (rendes felmondás).

9.3.2. A csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó felmondás hatályba lépésének időpontjában biztosított személyek esetében az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási védelem mindaddig fennmarad, amíg a biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a 8.§-ban írt esetek valamelyikének bekövetkezése miatt meg nem szűnik.

10.§ Területi hatály

A biztosítás valamennyi országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed, kivéve a munkanélkülivé válás kockázatát, amelyre vonatkozóan a területi hatály a Magyarország területén honos munkáltatóval fennálló munkaviszonyra korlátozódik.

11.5 A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

11.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke.

11.2. A csoportos biztosítási szerződés első díját az OTP Bank Nyrt. mint fő-szerződő fizeti meg.

11.3. A biztosítás havi díjfizetésű.

11.4. Az érintett szerződő minden biztosítási időszakra, függetlenül annak tartamától egységesen havi díjat fizet. A fizetendő havi biztosítási díj a biztosítási díj alapjának és a vonatkozó díjtételnek a szorzata. A díjszámítás alapját és a vonatkozó díjtételeket a csoportos biztosítási szerződés 6. számú melléklete tartalmazza.

11.5. Ha a hitelszerződéshez kapcsolódó biztosítás alapján mind a főadós, mind az adóstárs biztosított és a biztosítás tartama alatt a biztosító kockázatviselése csak a főadósra vonatkozóan szűnik meg, akkor a megszűnés hónapját követő hónap első napján 0 órától kezdődően a biztosítva maradt adóstársra vonatkozóan a szerződő olyan mértékű biztosítási díj megfizetésére köteles, mintha a biztosítva maradt adóstárs egyedüli adós lenne a hitelszerződésben.

11.6. Az érintett szerződő az általa a biztosító részére megfizetett havi biztosítási díjnak a biztosítottra jutó arányos részét a biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől áthárítja a biztosítottra. Az áthárításra kerülő díjrészt az érintett szerződő számítja ki és a havi törlesztőrészek esedékességekor szedi be a biztosított szerződőnél vezetett bankszámlájának megterhelésével. Az áthárított biztosítási díj összege a biztosítási díj alapjának változásával (ideértve a forintban fizetett, deviza alapú hitelek törlesztőrészetének deviza-árfolyamváltozás miatti változását is) változhat.

11.7. A biztosítási díj kiszámítására vonatkozó külön rendelkezések deviza-kölcsonök törlesztési árfolyamának rögzítése esetén az egyes biztosítottakra vonatkozó havi biztosítási díj egyenlő az alábbiakkal:

11.7.1. az igénybe vett törlesztési árfolyam rögzítési időszaka alatt a biztosított(ak)ra vonatkozó biztosítási díjtétel (%-os mérték) és az adott jelzálog kölcsönszerződésre vonatkozó aktuális devizaárfolyamon számolt hiteltörlesztő részlet szorzatával;

11.7.2. az igénybe vett törlesztési árfolyam rögzítési időszakát követően a biztosított(ak)ra vonatkozó biztosítási díjtétel (%-os mérték) és az adott jelzálog kölcsönszerződésre vonatkozó aktuális devizaárfolyamon számolt, a biztosított(ak) gyűjtőszámláján felhalmozott tartozás hiteltörlesztő részletét is tartalmazó, teljes hiteltörlesztő részlet szorzatával.

11.8. A biztosító jogosult arra, hogy a biztosító kockázatviselésének mértékét vagy a biztosítási díjat befolyásoló – gazdasági, demográfiai, népegészségügyi – tényezők, illetve a biztosítóra vonatkozó költségek, különösen az adóterhek változása esetén a biztosítottra vonatkozó biztosítási díjtétel százalékban kifejezett mértékét megváltoztassa.

11.9. A biztosítási kockázatvállalás mértékének változásáról, illetve a díjmódosításról a szerződő a változás hatályba lépése előtt legalább 30 nappal, a vonatkozó Hirdetményén keresztül tájékoztatja a biztosítottakat. A Hirdetmény a szerződő honlapján, illetve bankfiókjában elérhető.

11.10. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és a szerződés megszűnik, a biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért (kivéve a 9.1.1. pontban foglalt esetet). Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.

12.5 Értékkövetés

A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

13.5 A biztosítottra vonatkozó biztosítási csomagok, a biztosítási esemény

13.1. A csoportos biztosítási szerződés alapján az alább felsorolt 3 biztosítási csomag valamelyike vonatkozhat a biztosítottra az alábbi 13.3.-13.5. pontokban foglalt rendelkezések szerint.

„A” biztosítási csomag (Komplex csomag)
– Haláleset – 1-30% közötti egészségi állapot – Keresőképtelenség – Munkanélküliség
„B” biztosítási csomag (Áthidaló csomag)
– Keresőképtelenség – Munkanélküliség
„C” biztosítási csomag (Baleseti csomag)
– Baleseti halál – Balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapot – Balesetből eredő keresőképtelenség – Munkanélküliség

13.2. A fenti biztosítási csomagok alapján fedezett biztosítási események meghatározását a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.

13.3. A biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján történt csatlakozás esetén

13.3.1. A leendő biztosított a csatlakozási nyilatkozatban választja ki, hogy a hitele mellé az „A”, a „B” vagy „C” biztosítási csomagot igényli.

13.3.2. Ha a biztosított az „A” biztosítási csomagot igényli és a csatlakozási nyilatkozat megtételekor

- nem írta alá az egészségi nyilatkozatot vagy
- annak ellenére nem töltötte ki az egészségi kérdőívet, hogy az a leendő biztosított életkora és/vagy a hitel összege miatt szükséges, illetőleg
- a kitöltött egészségi kérdőívben feltüntetett kérdések bármelyikére igenlő választ adott,

akkor a biztosítottra – függetlenül az „A” biztosítási csomagra vonatkozó igényétől – automatikusan a „C” (baleseti) biztosítási csomag vonatkozik.

13.4. A biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag szóbeli csatlakozás esetén

13.4.1. Ha a leendő biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez a kölcsönösszeg folyósítását követően, a szerződő által kezdeményezett, és az ügyfélszolgálat által rögzítésre került telefonhívás során tett szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján csatlakozik, akkor a csatlakozási nyilatkozat megtételekor kiválaszthatja, hogy a hitele mellé az „A”, a „B” vagy a „C” biztosítási csomagot igényli.

13.4.2. Ha a biztosított a szóbeli csatlakozási nyilatkozat megtételekor az „A” biztosítási csomagot igényli, akkor rá az alábbi rendelkezések szerinti biztosítási csomag vonatkozik:

- ha a csatlakozáskor a leendő biztosított 35 év alatti és a telefonbeszélgetés során tett egészségi nyilatkozata alapján megfelel az egészségi követelményeknek, akkor az „A” biztosítási csomag, ha nem felel meg az egészségi követelményeknek, akkor a „C” biztosítási csomag;
- ha a csatlakozáskor 35 évnél idősebb leendő biztosított hitelének összege nem haladja meg a 20 millió Ft-ot, akkor
 - az „A” biztosítási csomag, ha a leendő biztosított a telefonbeszélgetés során tett egészségi nyilatkozata alapján megfelel az egészségi követelményeknek;
 - a „C” biztosítási csomag, ha a leendő biztosított a telefonbeszélgetés során tett egészségi nyilatkozata alapján nem felel meg az egészségi követelményeknek;
- ha a csatlakozáskor 35 évnél idősebb leendő biztosított hitelének összege meghaladja a 20 millió Ft-ot, akkor
 - a csatlakozás napjától a kitöltött és tanúk előtt aláírt egészségi kérdőív beérkezésének napjáig a „C” biztosítási csomag;
 - a kitöltött és tanúk előtt aláírt egészségi kérdőív beérkezésének napját követő naptól
 - az „A” biztosítási csomag, ha a biztosított a kitöltött egészségi kér-

- dőívben feltüntetett kérdések egyikére sem adott igenlő választ;
– a „C” biztosítási csomag, ha a biztosított az egészségi kérdőívben feltüntetett kérdések bármelyikére igenlő választ adott.

13.5. A Forrás Életbiztosítással kombinált hitelek esetében a leendő biztosított kizárólag a „B” biztosítási csomag vonatkozhat.

13.6. Adóstársak esetében alkalmazandó további rendelkezések

Ha a hitelszerződést adóstársak kötik a szerződéssel, a főadósra és az adóstársra egyaránt a főadósra vonatkozó biztosítási csomag vonatkozik, kivéve azt az esetet, ha főadósra az „A” vagy a „B” biztosítási csomag vonatkozik, azonban az adóstárs az egészségi kérdőív kitöltésére köteles és az abban adott válaszai miatt az adóstársra csak a „C” biztosítási csomag vonatkozhat. Ilyen esetben mind a főadósra, mind az adóstársra a „C” biztosítási csomag vonatkozik, függetlenül a csatlakozási nyilatkozatban esetlegesen megjelölt egyéb biztosítási csomagra vonatkozó igénytől.

14. § A biztosító szolgáltatása

14.1. Általános rendelkezések

14.1.1. A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések abban az esetben alkalmazandók, ha az adott hiteltípusra vonatkozó speciális szabályok a biztosító szolgáltatására vonatkozóan nem tartalmazzak külön rendelkezést.

14.1.2. Amennyiben a hitel lakástakarékpénztári megtakarítással kombinált, és egyben forintban fix törlesztőrészletű is, akkor a biztosító a lakástakarékpénztári megtakarítással kombinált hitelek esetében írottak (ld. 14.3. pont) szerint jár el.

14.1.3. **A biztosított halála, baleseti halála, 1-30% közötti egészségi állapota, illetve balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapota** esetén a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételek, valamint a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételek szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában a kedvezményezett felé fennálló, az alábbiak szerint kiszámított hiteltartozását.

Fennálló hiteltartozás = OC + I, ahol

- „OC” a biztosítási esemény napján érvényes, nem hátralékos tőketartozás, amely megegyezik a felvett hitel összegének a fenti időpontig esedékessé vált törlesztőrészletek tőkerészével csökkentett összegével, és
- „I” a biztosítási esemény napja és az azt megelőző utolsó hiteltörlesztő részlet esedékessége közötti időszakra (K naptári nap) a következőképpen számított hiteldíj:

$I = Im/30 * K$ naptári nap,

ahol „Im” a biztosítási esemény időpontja utáni első esedékes hiteltörlesztő részlet hiteldíj tartalma.

Deviza alapú hitelek esetén a devizában fennálló hiteltartozást azon a napon érvényes az adott jelzálog kölcsönszerződésre vonatkozó devizaárfolyamon kell forintba átszámítani, amely napon a biztosító értesítette az érintett szerződőt arról a döntéséről, hogy az adott szolgáltatási összeg kifizethető. A fizetendő forint összeget a biztosító kérésére az érintett szerződő közli a biztosítóval és a biztosító a közölt forint összeget fizeti ki a kedvezményezett részére.

14.1.4. **A biztosított keresőképtelensége, balesetből eredő keresőképtelensége vagy munkanélkülivé válása esetén** a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételek, valamint a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételek szerint és időtartamra megfizeti a kedvezményezett részére a biztosítási esemény bekövetkezésének napján (ld. a vonatkozó különös biztosítási feltételekben) vagy azt követően esedékes havi hiteltörlesztő részleteket.

- a. A biztosító szolgáltatása szempontjából a havi hiteltörlesztő részlet a hitelszerződés keretében a biztosított által felvett hitel visszafizetésére irányuló rendszeres – a szerződő által kimutatott – a biztosított által megfizetett havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamattjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit és a csoportos biztosítás havi díjából az érintett szerződő által a biztosítottra áthárított arányos részt.
- b. **Deviza alapú hitelek** esetén a devizában megállapított havi hiteltörlesztő részlet összegét, illetőleg – ha az adott hitelszerződés alapján a biztosított csak a kamat, kamattjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek megfizetésére köteles – a devizában megállapított kamatok és díjak

összegét az érintett szerződő által alkalmazott, az adott hiteltörlesztő részlet esedékességet megelőző munkanap végén érvényes az adott jelzálog kölcsönszerződésre vonatkozó devizaárfolyamon kell forintba átszámítani.

- c. **Keresőképtelenség és/vagy munkanélküliség esetén** a biztosító kizárólag a biztosítási eseményt kiváltó állapot fennállásának időtartama alatt esedékessé vált hiteltörlesztések megfizetését vállalja.
- d. Ha a biztosítottat a hitelszerződés alapján megilleti a havi hiteltörlesztő részlet vagy a futamidő megváltoztatásának a joga és a hitelszerződés ilyen módosítása következtében a biztosított az általa fizetendő havi hiteltörlesztő részlet összege a keresőképtelenség, illetve a munkanélküliség első napját megelőző 3 (három) hónapon belül megemelkedik, akkor a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító biztosítási szolgáltatásként olyan összegű havi hiteltörlesztő részlet(ek)et fizet a kedvezményezett részére, amely összeg a hiteltörlesztő részlet emelkedését megelőzően volt fizetendő a hitelszerződés alapján. Ez a rendelkezés nem alkalmazandó abban az esetben, ha a biztosított keresőképtelenségét baleset okozta.

14.1.5. A biztosító egy biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa 50 000 000 forint. Ezen határösszeg alkalmazása során figyelembe kell venni minden olyan kifizetést, amely az adott biztosítottra vonatkozóan a csoportos biztosítási szerződés alapján történt.

14.2. A biztosító szolgáltatására vonatkozó külön rendelkezések „Forintban fix” devizahitelek esetén:

14.2.1. **a biztosított halála, baleseti halála, 1-30% közötti egészségi állapota vagy balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapota** esetén a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételek, valamint a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételek szerint megtéríti a kedvezményezett részére azt az összeget, mely az alábbiak közül a kisebb:

- a. a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában a kedvezményezett felé fennálló hiteltartozása;
- b. a biztosított által felvett hitelösszeg bizonyos százaléka az alábbiak szerint:

b/1. ha a biztosítási esemény a hitel eredeti futamidejének első 1/4-e alatt következett be, akkor a felvett hitelösszeg 100%-a;

b/2. ha a biztosítási esemény a hitel eredeti futamidejének első 1/4-ének eltelté és az eredeti futamidő vége közötti időszakban következett be, akkor:

$EH * (f - (t - t_0 - f/4)) / f$, ahol:

- EH = a hitelszerződés megkötésekor felvett hitel összege forintban;
- f = a hitelszerződés eredeti futamideje napokban megállapítva;
- t = a biztosítási esemény bekövetkezésének dátuma;
- t₀ = a hitelösszeg folyósításának a napja.

14.2.2. **A biztosított keresőképtelensége, balesetből eredő keresőképtelensége vagy munkanélkülivé válása esetén** a biztosító a szolgáltatást az alábbiak szerint teljesíti:

- a. Ha a biztosítási esemény azon időtartam alatt következett be, amely alatt a biztosított törlesztőrészlete forintban fix volt (azaz nem követte az árfolyamváltozást, a továbbiakban: fix időszak), vagy a fix időszak végét követő 3 hónapon belül következett be, akkor a biztosító a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek szerint és időtartamra:

a/1. a fix időszak lejártánál időpontjáig esedékes havi részletek esetében a hitelszerződésben a fix időszakra vonatkozóan megállapított fix forint összeget és a biztosítottra áthárított biztosítási díjat fizeti;

a/2. a fix időszak lejártát követően esedékessé váló havi részletek esetében

- a biztosítottra áthárított biztosítási díjat és;
- vagy a fix időszakra vonatkozóan megállapított fix forint összeget, vagy a devizában kifejezett törlesztőrészletnek az esedékességkori árfolyam alkalmazásával kiszámított forint megfelelőjét fizeti, attól függően, hogy e két összeg közül melyik az alacsonyabb.

- b. Ha a biztosítási esemény a fix időszak végét követő 3 hónap elteltét követően következett be, akkor a biztosító teljesítése a 14.1.4. pontban szereplő általános rendelkezések alapján történik.

14.3. A biztosító szolgáltatására vonatkozó külön rendelkezések lakástakarékpénztári megtakarítással kombinált hitelek esetén

14.3.1. A biztosított halála, baleseti halála, 1-30% közötti egészségi állapota vagy balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapota esetén

a. Lakástakarékpénztári megtakarítással kombinált forint alapú hitel esetén a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától függően az alább meghatározott összeget téríti meg a kedvezményezett részére azon biztosított vonatkozásában, akinél bekövetkezett a biztosítási esemény:

a/1. ha a biztosítási esemény a lakástakarékpénztári szerződésben megállapított megtakarítási időszak lejártát megelőzően következett be, akkor a teljes folyósított hitelösszeg vagy a fennálló hiteltartozás közül a kisebbet;

a/2. ha a biztosítási esemény a lakástakarékpénztári szerződésben megállapított megtakarítási időszak lejártát követően következett be, akkor a fennálló hiteltartozást.

b. Lakástakarékpénztári megtakarítással kombinált deviza alapú hitel esetén a biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától függően az alább meghatározott összeget téríti meg a kedvezményezett részére azon biztosított vonatkozásában, akinél bekövetkezett a biztosítási esemény:

b/1. ha a biztosítási esemény a lakástakarékpénztári szerződésben megállapított megtakarítási időszak lejártát megelőzően következett be, akkor a teljes folyósított hitelösszeg vagy a fennálló hiteltartozás közül a kisebbet;

b/2. ha a biztosítási esemény a lakástakarékpénztári szerződésben megállapított megtakarítási időszak lejártát követően, de még a hitelszerződés eredeti futamidejének lejártát megelőzően következett be, akkor a fennálló hiteltartozás vagy az alábbi érték közül a kisebbet:
 $EH \cdot (f - (t - t_0 - M)) / f$, ahol:

– EH = a hitelszerződés megkötésekor felvett hitel összege forintban;

– f = a hitelszerződés eredeti futamideje napokban megállapítva;

– t = a biztosítási esemény bekövetkezésének dátuma;

– t_0 = a hitelösszeg folyósításának a napja;

– M = a megtakarítási időszak tartama napokban megállapítva;

b/3. Ha a megtakarítási időszak (M) lejártát követően a hitel hátralévő tartamára ($f-M$) vonatkozóan újrakalkulált havi törlesztőrészlet devizában fix összeg, viszont forintban nem követi az árfolyamingadozást, akkor a biztosító fenntartja a jogot arra, hogy felülvizsgálja a biztosítási esemény bekövetkezése esetén fizetendő szolgáltatás összegét.

14.3.2. A biztosított keresőképtelensége, balesetből eredő keresőképtelensége vagy munkanélkülivé válása esetén

a. Lakástakarékpénztári megtakarítással kombinált forint alapú hitel esetében a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételek szerint az alábbi összeget fizeti a kedvezményezett részére azon biztosított vonatkozásában, akinél bekövetkezett a biztosítási esemény:

a/1. ha a biztosítási esemény a megtakarítási időszak alatt következett be, akkor

– az esedékes havi kamatokat és díjakat;

– a lakástakarékpénztár felé esedékes, a szerződő által előírt minimális havi megtakarítási összeget, valamint a biztosítottra áthárított biztosítási díjat;

a/2. ha a biztosítási esemény a megtakarítási időszak lejártát követően következett be, akkor az esedékes havi törlesztőrészleteket és a biztosítottra áthárított biztosítási díjat.

b. Lakástakarékpénztári megtakarítással kombinált deviza alapú hitel esetében a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételek szerint az alábbi összeget fizeti a kedvezményezett részére azon biztosított vonatkozásában, akinél bekövetkezett a biztosítási esemény:

b/1. ha a biztosítási esemény a megtakarítási időszak alatt, vagy a megtakarítási időszak végét követő 3 hónapon belül következett be, akkor

– a lakástakarékpénztár felé esedékes, a szerződő által előírt minimális havi megtakarítási összeget;

– az esedékes havi kamatokat és díjakat, vagy olyan mértékű kamatot és díjakat, amely a biztosítási esemény bekövetkezését megelőző 6 hónapos időtartam során esedékes havi kamatok és díjak számtani átlagának felel meg, attól függően, hogy e két utóbbi összeg közül melyik az alacsonyabb, valamint

– a biztosítottra áthárított biztosítási díjat.

b/2. ha a biztosítási esemény a megtakarítási időszak végét követő 3 hónap elteltét követően következett be, akkor az esedékes havi törlesztőrészleteket és a biztosítottra áthárított biztosítási díjat.

14.4. A biztosító szolgáltatására vonatkozó külön rendelkezések türelmi idős hitelek esetén

14.4.1. A biztosított halála, baleseti halála, 1-30% közötti egészségi állapota vagy balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapota esetén

a. Ha a biztosítási esemény a hitelszerződésben kikötött türelmi idő alatt következett be, a biztosító a teljes folyósított hitelösszeget vagy a fennálló hiteltartozást téríti meg a kedvezményezett részére, attól függően, hogy e két összeg közül melyik a kisebb;

b. ha a biztosítási esemény a hitelszerződésben kikötött türelmi idő lejártát követően következett be, a biztosító a 14.1.3. pontban szereplő általános rendelkezések szerinti szolgáltatást nyújtja.

14.4.2. A biztosított keresőképtelensége, balesetből eredő keresőképtelensége vagy munkanélkülivé válása esetén

a. Ha a biztosítási esemény a hitelszerződésben kikötött türelmi idő alatt következett be, a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételek szerint és időtartamra megfizeti a kedvezményezett részére a havi kamatokat és díjakat, valamint a biztosítottra áthárított biztosítási díjat;

b. ha a biztosítási esemény a hitelszerződésben kikötött türelmi idő lejártát követően következett be, a biztosító a 14.1.4. pontban szereplő általános rendelkezések szerinti szolgáltatást nyújtja.

14.5. A biztosító szolgáltatására vonatkozó külön rendelkezések Forrás Életbiztosítással kombinált hitelek esetén

A biztosított keresőképtelensége, balesetből eredő keresőképtelensége vagy munkanélkülivé válása esetén a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételekben meghatározottak szerint és időtartamra megfizeti a kedvezményezett részére a havi kamatokat és díjakat, a biztosítottra áthárított biztosítási díjat.

14.6. A biztosító szolgáltatására vonatkozó külön rendelkezések devizakölcsönök törlesztési árfolyamának rögzítése esetén

14.6.1. **A biztosított halála, baleseti halála, 1-30% közötti egészségi állapota vagy balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapota esetén** a biztosító mind az igénybe vett törlesztési árfolyam rögzítési időszaka alatt, mind azt követően a devizakölcsön alapján fennálló hiteltartozás és a biztosított(ak) gyűjtőszámláján felhalmozott tartozás együttes értékét téríti meg a kedvezményezett részére.

14.6.2. A biztosított keresőképtelensége, balesetből eredő keresőképtelensége vagy munkanélkülivé válása esetén a biztosító

a. az igénybe vett törlesztési árfolyam rögzítési időszaka alatt az adott jelzálog kölcsönszerződésre vonatkozó aktuális devizaárfolyamon számolt hiteltörlesztő részletet fizeti meg a kedvezményezett részére;

b. az igénybe vett törlesztési árfolyam rögzítési időszakát követően az aktuális árfolyamon számolt, a biztosított(ak) gyűjtőszámláján felhalmozott hiteltartozás hiteltörlesztő részletét is tartalmazó, teljes hiteltörlesztő részletet fizeti meg a kedvezményezett részére.

14.7. A biztosító szolgáltatására vonatkozó külön rendelkezések, ha a hitelszerződés alapján csak egy személy a biztosított

Ha havi hiteltörlesztést nyújtó szolgáltatás időtartama alatt olyan biztosítási esemény következik be, amelynek alapján a biztosító a fennálló hiteltartozást téríti meg (halál, baleseti halál, 1-30% közötti egészségi állapot, balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapot) és ezen újonnan bekövetkezett biztosítási esemény kapcsán a biztosító térítési kötelezettsége a vonatkozó biztosítási feltételek alapján egyébként fennáll, akkor a biztosító a havi törlesztések fizetését befejezi és az újonnan bekövetkezett biztosítási esemény bekövetkezésének napján (a halál napja vagy az egészségi állapot csökkenés jogerős megállapításának a napja) fennálló hiteltartozást fizeti meg a kedvezményezett részére.

14.8. A biztosító szolgáltatására vonatkozó külön rendelkezések adóstársakra vonatkozó biztosítás esetében

14.8.1. Ha a hitelszerződéshez kapcsolódó biztosítás alapján mind a főadós, mind az adóstárs biztosított és mindkettőjükkel kapcsolatban egy-

szerre következik be olyan biztosítási esemény, amelynek alapján a biztosítási szolgáltatás a fennálló hiteltartozás kifizetése (halál, baleseti halál, 1-30% közötti egészségi állapot, balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapot), akkor a fennálló tartozás kifizetésére csak egy alkalommal (vagy a főadós, vagy az adóstárs biztosítási jogviszonya alapján) kerül sor.

14.8.2. Ha a hitelszerződéshez kapcsolódó biztosítás alapján mind a főadós, mind az adóstárs biztosított és valamelyikükkel kapcsolatban olyan biztosítási esemény (keresőképtelenség vagy munkanélküliség) következett be, melynek alapján a biztosító a havi hiteltörlesztéseket fizeti meg, majd ezt követően a havi törlesztések fizetésének tartama alatt akár a főadóssal, akár az adóstárssal kapcsolatban olyan biztosítási esemény következik be, amelynek alapján a biztosító a fennálló hiteltartozás kifizetésére lenne köteles (halál, baleseti halál, rokkantság 1-30% közötti egészségi állapot, balesetből eredő 1-30% közötti egészségi állapot) és ezen újonnan bekövetkezett biztosítási esemény kapcsán a biztosító térítési kötelezettsége a vonatkozó biztosítási feltételek alapján egyébként fennáll, akkor a biztosító a fennálló hiteltartozás megtérítésére alapot adó biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával a havi hiteltörlesztő részletek fizetését befejezi. Ezt követően a biztosító az újonnan bekövetkezett biztosítási esemény bekövetkezésének napján (a halál napja vagy az egészségi állapot csökkenés jogerős megállapításának a napja) fennálló hiteltartozást fizeti meg a kedvezményezett részére.

15.§ A biztosítási esemény bejelentése, a biztosító 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 – és amennyiben a tudomására jut, az érintett szerződő is – köteles a biztosítási eseményt a bekövetkezését követő 15 napon – akadályoztatás esetén 30 napon – belül bejelenteni a biztosító bármely ügyfélszolgálatán. A Groupama Garancia Biztosító ügyfélszolgálati irodáiról, nyitvatartási idejükről érdeklődhet TeleCenterünk +36 1 467 3500 telefonszámán és a www.groupamagarancia.hu honlapon.

15.2. A biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.

15.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő dokumentumokat kérheti:

15.3.1. az érintett szerződőtől a biztosított csatlakozási nyilatkozatát;

15.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy (a biztosított halála esetén a biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a biztosított vagy az általa meghatalmazott személy) által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt;

15.3.3. hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó iratokat;

15.3.4. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készül;

15.3.5. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.

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

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

15.6. A biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

16.§ A biztosító mentesülése

16.1. A közlésre vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megszegése esetén a biztosító az 5.5. pontban foglaltak szerint mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól.

16.2. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási

esemény okozati összefüggésben áll a biztosítottal – a biztosítás hatályba lépését követően – két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.

16.3. Amennyiben a biztosítási esemény összefüggésben áll a biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével a biztosító jogosult a szolgáltatását csökkenteni. A szolgáltatás csökkentésének mértékét a biztosító orvosa állapítja meg.

16.4. A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha:

16.4.1. a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be;

16.4.2. a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, a gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció;

16.4.3. 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;

16.4.4. a biztosítási esemény miatt következett be, hogy a biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett;

16.4.5. a biztosítási esemény a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be;

16.4.6. diagnosztizált betegség esetén a biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

17.§ Kizárások

17.1. A biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosított a biztosító kockázatviselésének kezdetekor rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban részesül.

17.2. A biztosító nem viseli a keresőképtelenségi és a munkanélküliségi kockázatot, ha a kockázatviselés kezdetekor a biztosított bármilyen egyéb jogcímen – kivéve az özvegyi nyugdíjat – nyugdíjas.

17.3. A biztosító kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:

17.3.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, 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);

17.3.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel vagy zavargásokkal (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás);

17.3.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív, ionizáló, illetve lézersugárzás, valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést);

17.3.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával, vagy

17.3.5. HIV fertőzéssel (kivéve azokat a speciális eseteket, amikor a fertőzés, olyan körülmények között történt, amit a biztosított nem tudott elkerülni: például laboratóriumi fertőződés vagy fogorvosi manipuláció);

17.3.6. nemi érintkezés útján terjedő egyes fertőző betegségekkel (például hepatitis C vírus);

17.3.7. egyéb kockázatosnak minősülő tevékenységekkel, különösen a búvárkodás, barlangászat, hegymászás, egyéni hajózás, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat.

17.4. A biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosított halála, balesete vagy betegsége

17.4.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be, vagy

17.4.2. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehatott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye, vagy

17.4.3. hivatásos sportolóként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be.

17.5. Jelen feltétel alapján nem minősül balesetnek továbbá:

- megemelés;
- fagyás;
- napszúrás;
- foglalkozási megbetegedés;
- öncsonkítás;
- öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet;
- ejtőernyőzés, sziklamászás, barlangkutatás tevékenységek során bekövetkező balesetek;
- szívinfarktus, agyvérzés, epilepszia, tudatzavar vagy belátási képesség csökkenése miatt bekövetkezett balesetek.

A baleseti esemény előtt bármely okból már sérült, csonka vagy funkciójában korlátozott testrészek a biztosításból ki vannak zárva.

17.6. A biztosító 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 birt.

17.7. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve a sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.

17.8. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei (polidiszkopátia) és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.). A biztosító szubjektív panasznak tekinti az olyan tünetekre alapuló panaszt, ami kizárólag a beteg beszámolója, érzéseire alapul. Objektív orvosi módszerek azok a módszerek, melyek alkalmazásával az orvosi fizikális, eszközös vagy laboratóriumi vizsgálat által a betegség észlelhető, kimutatható.

18.§ A személyes adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók (Tudnivalók)

18.1. Értelmező rendelkezések

- a. **Személyes adat:** az érintettel kapcsolatba hozható adat – különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret –, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. Az érintettel akkor helyreállítható a kapcsolat, ha az adatkezelő rendelkezik azokkal a technikai feltételekkel, amelyek a helyreállításhoz szükségesek.
- b. **Érintett:** bármely meghatározott, személyes adat alapján azonosított vagy – közvetlenül vagy közvetve – azonosítható természetes személy.
- c. **Hozzájárulás:** az érintett akaratának önkéntes és határozott kinyilvánítása, amely megfelelő tájékoztatáson alapul, és amellyel félreérthetetlen

beleegyezését adja a rá vonatkozó személyes adatok – teljes körű vagy egyes műveletekre kiterjedő – kezeléséhez.

- d. **Adatkezelő:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely önállóan vagy másokkal együtt a személyes adatok kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja vagy az adatfeldolgozóval végrehajtatja.
- e. **Adatkezelés:** az alkalmazott eljárástól függetlenül a személyes adatokon végzett bármely művelet vagy a műveletek összessége, így különösen gyűjtése, felvétele, rögzítése, rendszerezése, tárolása, megváltoztatása, felhasználása, lekérdezése, továbbítása, nyilvánosságra hozatala, összehangolása vagy összekapcsolása, zárolása, törlése és megsemmisítése, valamint az adatok további felhasználásának megakadályozása, fénykép-, hang- vagy képfelvétel készítése, valamint a személy azonosítására alkalmas fizikai jellemzők (pl. ujj- vagy tenyérnyomat, DNS-minta, íriszkép) rögzítése.
- f. **Adattovábbítás:** az adat meghatározott harmadik személy számára történő hozzáférhetővé tétele.
- g. **Adatfeldolgozás:** az adatkezelési műveletekhez kapcsolódó technikai feladatok elvégzése, függetlenül a műveletek végrehajtásához alkalmazott módszertől és eszköztől, valamint az alkalmazás helyétől, feltéve, hogy a technikai feladatot az adatokon végzik.
- h. **Adatfeldolgozó:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely szerződés alapján – beleértve a jogszabály rendelkezése alapján történő szerződéskötést is – személyes adatok feldolgozását végzi.
- i. **Harmadik személy:** olyan természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely nem azonos az érintettel, az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval.
- j. **Infotv.:** az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény.
- k. **Biztosítási titok:** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- l. **Ügymenet kiszervezése:** a biztosító biztosítási vagy azzal közvetlenül összefüggő tevékenysége valamely részének végzésére mást bíz meg.
- m. **Biztosító:** Groupama Garancia Biztosító Zrt., székhely: Magyarország, 1051 Budapest, Október 6. utca 20., Fővárosi Törvényszék Cégbírósága által Cg. 01-10-041071 szám alatt bejegyezve;
- n. **Ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a biztosító számára szerződéses ajánlatot tesz.
- o. **Egészségügyi adat:** az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben foglalt meghatározás szerint az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).
- p. **Külföldi:** a devizakorlátozások megszüntetéséről, valamint egyes kapcsolódó törvények módosításáról szóló 2001. évi XCIII. törvény 2.§-ának 2. pontjában meghatározott fogalom.
- q. **Üzleti titok:** a 2014. március 15-től hatályos Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 2:47.§ (1) bekezdésében meghatározott fogalom.

18.2. Az adatkezelés célja, jogalapja

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit.) 155.§ (1) bekezdése alapján a biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. A biztosító adatkezelésének célja a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához,

állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit-ben meghatározott egyéb cél.

Az Infotv. 6.§ (1) bekezdése alapján a biztosító az érintett személyes adatait akkor is kezelheti, ha az érintett hozzájárulásának beszerzése lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna, és a személyes adat kezelése a biztosítóra, mint adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából szükséges vagy az adatkezelő biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából szükséges, és ezen érdekek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll.

A 16. életévét betöltött kiskorú érintett hozzájárulását tartalmazó jognyilatkozatának érvényességéhez törvényes képviselőjének beleegyezése vagy utólagos jóváhagyása nem szükséges.

Az Infotv. 6.§ (5) bekezdése alapján, ha a személyes adat felvételére az érintett hozzájárulásával került sor, az adatkezelő biztosító a felvett adatokat a törvény eltérő rendelkezésének hiányában a rá vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából vagy az adatkezelő biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából, ha ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll további külön hozzájárulás nélkül, valamint az érintett hozzájárulásának visszavonását követően is kezelheti.

Az ügyfél a biztosítási ajánlat, biztosítási szerződés, illetve a titoktartás alóli felmentésről szóló nyilatkozat aláírásával hozzájárul az adatainak a jelen „Tudnivalókban”, illetve a szerződésben meghatározottak szerinti kezeléséhez.

18.3. A kezelt adatok meghatározása (biztosítási titokkörök)

- Az ügyfél személyi adatai, a nem természetes személyek adatai;
- a biztosított vagyontárgyak jellemző adatai és értéke, a kockázatalbírási adatai;
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosításnál az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási szolgáltatás és kártérítés összege, a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, módosításával, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő, valamint a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges összes lényeges tény és körülmény.

Az a-b. pontokba tartozó, a biztosítási ajánlaton szereplő adatok, valamint a c. pontban meghatározott adatok nélkülözhetetlenek a szerződés megkötéséhez, illetve a szolgáltatás teljesítéséhez.

Az adatszolgáltatás minden adat vonatkozásában önkéntes, de a fentebb megjelölt adatok hiánya a kockázat meghatározását lehetetlenné teszi, amely a biztosítási ajánlat visszautasítását vonhatja maga után.

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a Bit. 155.§ (1) bekezdésében meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

A biztosító kizárólag automatizált adatfeldolgozással az érintett személyes jellemzőinek értékelésén alapuló döntés meghozatalára is jogosult, ha a döntést a szerződés megkötése vagy teljesítése során hozták, feltéve, hogy azt az érintett kezdeményezte. Az automatizált adatfeldolgozással kapcsolatos döntés esetén a biztosító az érintettet – kérelmére – tájékoztatja az alkalmazott módszerről és annak lényegéről, valamint lehetőséget biztosít az érintettnek álláspontja kifejtésére.

A biztosító az ügyfél hozzájárulása esetén a tevékenységéhez kapcsolódó információkról hírlevélben, e-mailen tájékoztatást adhat az ügyfeleinek. A biztosító vagy vele szerződéses kapcsolatban álló biztosításközvetítő az ügyfél hozzájárulása esetén e-mailen, telefonon, személyesen megkeresheti az ügyfelet ajánlattétel céljából, vagy közvetlen üzletszerzést célzó küldeményt juttathat el a részére.

Amennyiben az ügyfél nem kívánja, hogy a biztosító a továbbiakban ajánlataival megkeresse, az info@groupamadirekt.hu e-mail címre, illetve az 1380 Budapest, Pf. 1049 postai címre, küldött levelével korlátozásmenten leiratkozhat.

18.4. A biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelésénél az alábbiak szerint jár el a biztosító

18.4.1. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

18.4.2. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
- 18.4.3.** A Bit. 157.§ (1) bekezdése alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
- a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
 - a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel, továbbá az általuk kirendelt szakértővel;
 - büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval;
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel;
 - a Bit. 157.§ (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal;
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
 - a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal;
 - a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervekkel;
 - a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
 - az e törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervekkel;
 - az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval;
 - a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni;
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel;
 - fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval;
 - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal;
 - a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adatra és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval
- szemben, ha az a.-j., n. és s. 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 k.-m. és p.-r. 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 Bit. 157.§ (2) bekezdése szerint az (1) bekezdés e. pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentebb meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- Az adóhatósággal szemben a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívá-

sára a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét 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 közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B–43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

18.4.4. A biztosító a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles 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 2013. július 1-jétől hatályos a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény szerinti kábítószer-kereskedéssel, 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 biztosító a nyomozó hatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésére is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott ügygel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet 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 magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól;
- 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.

18.4.5. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben:

- a. ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b. ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 8.§ (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

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

18.4.6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg; fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tev-

kenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak; a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása, a Bit. nyolcadik részének III. és III/A. fejezetében, a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

A fentebb meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító a 18.4.2.–18.4.6. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait a Bit-ben foglaltak szerint továbbíthatja.

18.4.7. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a Bit. 154.§-a alá eső adatok vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

18.4.8. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

18.4.9. A biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító, biztosításközvetítői és szaktanácsadói vállalkozás által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított 60 év múlva levéltári kutatások céljára felhasználható. Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információkat a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó, külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén. Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk-ban foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

18.4.10. Biztosítók egymás közötti adatátadására vonatkozó szabályok (a Bit. 2015. január 1-jétől hatályos 161/A.§-a alapján): A Bit. 2015. január 1-jétől hatályos rendelkezése lehetővé teszi a biztosítók számára, hogy a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségeik teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel forduljanak más biztosítóhoz a megkeresett biztosító által – a Bit. 155.§ (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt a Bit. 161/A.§ (3)-(5) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, hogy a kérdező (megkereső) biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

A Bit. 161/A.§ (3)-(5) bekezdése biztosítási ágazatonként meghatározza, hogy a megkereső biztosító a különböző ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban milyen adatokat kérhet.

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.

A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Abban az esetben azonban, ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

A megkereső biztosító a jelen pont szerinti megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfelet, kérelmére az Infotv-ben szabályozott módon tájékoztatja.

18.5. Az adatkezelés időtartama

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó köteles tö-

rölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

18.6. Az adatkezelésre vonatkozó egyéb rendelkezések

18.6.1. Az ügyfelek adatait a biztosító a saját informatikai rendszerében, számítógépes úton is kezeli.

18.6.2. A biztosító az adatkezelés során betartja az Infotv., a Bit., valamint az egyéb hatályos jogszabályok rendelkezéseit.

18.6.3. A biztosító az ügyfél kérésére a biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól, annak kezeléséről tájékoztatást ad, az ügyfél által kezdeményezett adathelyesbítéseket nyilvántartásaiban átveteti a törvényi feltételek fennállása esetén törli, illetve zárolja az adatot. Az ügyfél kérésére a biztosító tájékoztatást ad az ügyfél általa kezelt, illetve az általa vagy a rendelkezése szerint megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adataitól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá – az ügyfél személyes adatainak továbbítása esetén – az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.

18.6.4. Az ügyfél élhet az Infotv-ben biztosított egyéb jogaival (pl. tiltakozási jog, bírósági jogérvényesítés) is.

Az ügyfél tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen,

- ha a személyes adatok kezelése vagy továbbítása kizárólag az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez vagy az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve kötelező adatkezelés esetén;
- ha a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik, valamint
- törvényben meghatározott egyéb esetben.

Az ügyfél a jogainak megsértése esetén vagy, ha az adatkezelőnek a tiltakozási jog gyakorlásával összefüggésben hozott döntésével nem ért egyet, bírósághoz fordulhat.

18.6.5. Kártérítés, sérelemdíj

Ha az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével másnak kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Ha az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével az érintett személyiségi jogát megsérti, az érintett az adatkezelőtől sérelemdíjat követelhet. Az érintettel szemben az adatkezelő felel az adatfeldolgozó által okozott kárért és az adatkezelő köteles megfizetni az érintettnek az adatfeldolgozó által okozott személyiségi jogsértés esetén járó sérelemdíjat is. Az adatkezelő mentesül az okozott kárért való felelősség és a sérelemdíj megfizetésének kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt vagy az érintett személyiségi jogának sérelmét az adatkezelés körén kívül eső elháríthatatlan ok idézte elő. Nem kell megtéríteni a kárt és nem követelhető a sérelemdíj annyiban, amennyiben a kár a károsult vagy a személyiségi jog megsértésével okozott jogsérelem az érintett szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásából származott.

18.6.6. A biztosító az adatkezelési műveleteket úgy tervezi meg és hajtja végre, hogy az adatkezelésre vonatkozó szabályok alkalmazása során biztosítsa az érintettek magánéletről való védelmét. A biztosító gondoskodik az adatok biztonságáról, és megteszi azokat a technikai és szervezési intézkedéseket és kialakítja azokat az eljárási szabályokat, amelyek az adatok titokvédelmi szabályok érvényre juttatásához szükségesek.

Az adatokat a biztosító védi a jogosulatlan hozzáférés, megváltoztatás, továbbítás, nyilvánosságra hozatal, törlés vagy megsemmisítés, valamint a véletlen megsemmisülés és sérülés, továbbá az alkalmazott technika megváltozásából fakadó hozzáférhetetlenné válás ellen.

18.6.7. A jelen „Tudnivalók”-ban hivatkozott jogszabályok megtekinthetőek a www.groupamagarancia.hu honlapon.

18.6.8. Az Infotv. 65.§ (1) bekezdése alapján a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság az adatkezelő személyes adatokra vonatkozó adatkezeléseiről az érintettek tájékozódásának elősegítése érdekében hatósági nyilvántartást vezet (adatvédelmi nyilvántartás). A biztosító által bejelentett adatkezeléseket a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság NAIH – 59292-59318/2012. adatkezelési számokon vette nyilvántartásba.

18.7. Az adatok továbbítása, adatfeldolgozók

A Bit. 157.§ (1) bekezdésének o. pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. A kiszervezett tevékenységet végzők részére a biztosító az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító részére különösen az alábbi szervezetek/személyek végeznek az ügymenet kiszervezése során tevékenységet:

Kiszervezett tevékenységet végzők	Adatátadás célja, tevékenység
nyomdák, posta	az ügyfeleket tájékoztató levelek, nyomtatványok előállítás, csekkek nyomtatása és azok ügyfelek felé történő továbbítása
kárszakértők, autókérelkedők, javítók	kárfelvétel, kárfelmérés, kárigény elbírálása
igazságügyi szakértők	szolgáltatási igény elbírálása, szakértői tevékenység
ügyvédek	a biztosító jogi képvisellete
orvosok	kockázat és szolgáltatási igény elbírálása
magánnyomozók	kárbejelentés ellenőrzése
követeléskezelő cégek	követelések kezelése, behajtása
programozók, számítástechnikai tevékenységet végző cégek	programozás, szoftverkészítés, adatfeldolgozás

Az ügymenet kiszervezését végző fontosabb jogalanyokra, szervezetekre, az általuk végzett tevékenység leírására vonatkozó tájékoztató megtekinthető a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban és a www.groupamagarancia.hu honlapon is.

A biztosítóval kötött szerződés alapján kizárólag a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges célokra használhatóak a biztosítótól kapott adatok. A kiszervezett tevékenységet végzők az adat- és titokvédelemre vonatkozó jogszabályokat kötelesek betartani. A biztosítási titok megőrzésére vonatkozó kötelezettséget, felelősséget és a titok megtartása érdekében teendő intézkedéseket a velük kötött szerződés is biztosítja. A kiszervezett tevékenységgel harmadik személynek okozott kárért a biztosító felelős és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni.

A biztosító megbízása alapján eljáró függő biztosításközvetítő (ügynök) a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

18.8. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok kezelése

Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő esetleges kérdés, panasz esetén személyesen a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban dolgozó munkatársaihoz fordulhat. Telefonon keresztül a biztosító TeleCenter +36 1 467 3500 telefonszámán, illetve elektronikus levélben a www.groupamagarancia.hu weboldal „Írjon nekünk” menüpontjában is állunk rendelkezésére. Amennyiben írásban kíván bejelentést tenni azt az 1380 Budapest, Pf. 1049 levélcímen és a +36 1 361 0091 telefex számon is megteheti.

A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank gyakorolja. A Magyar Nemzeti Bank elérhetőségei: 1013 Budapest, Krisztina körút 39., levélcím: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777, központi telefonszáma: +36 1 489 9100, helyi tarifával hívható telefonszám: +36 40 203 776, központi fax: +36 1 489 9102, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu.

A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXCV. törvényben foglalt fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy – amennyiben Ön fogyasztó – a Pénzügyi Békéltető Testület (levélcím: 1525 Budapest, BKKP Pf. 172, telefon: +36 1 489 9100, e-mail: pbt@mnbb.hu) eljárását kezdeményezheti. A permegelőző eljárások közül közvetítői eljárást is kezdeményezhet a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.

A bíróság eljárására a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadóak.

18.9. Tájékoztató a FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségekről

Jelen tájékoztató a Bit. 167/D.§ (1) bekezdésében szereplő írásbeli tájékoztatási kötelezettség teljesítését célozza.

A biztosító, mint a FATCA-törvény szerinti ún. Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény köteles az ún. készpénz egyenértékkel rendelkező biztosítások (tőkegyűjtéses életbiztosítások, a FATCA-törvény szerint pénzügyi számlák) vonatkozásában elvégezni a számlatulajdonos FATCA-törvényben foglalt Megállapodás (a továbbiakban: FATCA Megállapodás) I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

A FATCA Megállapodás értelmében az illetőségvizsgálat során a természetes személy ügyfél köteles az arra vonatkozó adatait, illetve nyilatkozatát a biztosító rendelkezésére bocsátani, hogy adóügyi szempontból belföldi illetőségű-e az Egyesült Államokban (ebből a szempontból egy egyesült államokbeli állampolgár adózás tekintetében belföldi illetőségűnek minősül az Egyesült Államokban még akkor is, ha a számlatulajdonos egy másik országban szintén adózási kötelezettség alá esik), illetve a jogi személy ügyfél köteles nyilatkozni arról, hogy a FATCA-törvényben meghatározott kategóriák közül melyikbe tartozik.

Az illetőségvizsgálat eredménye alapján a biztosító egy pénzügyi számlát (életbiztosítási szerződést) az Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként, vagy Nem Jelentendő Számlaként azonosít.

A biztosító a pénzügyi számlát a FATCA-törvényben meghatározott Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként minősíti, amennyiben az ügyfél az illetőségvizsgálat elvégzéséhez nem járul hozzá, vagy az illetőségvizsgálat más okból sikertelen.

Az illetőségvizsgálathoz szükséges nyilatkozatok beszerzésére a pénzmosási ügyfél-azonosítási kötelezettség lefolytatásával együtt, a 2214-es sorszámu nyomtatvány kitöltésével kerül sor.

A FATCA-törvény értelmében, az Aktv. 43/B–43/C.§-ában meghatározott szabályok alapján az illetőségvizsgálat keretében Egyesült Államoknak Jelentendő Számlaként azonosított életbiztosításról és számlatulajdonosának adatairól a biztosító évente, az adóévet követő év június 30-ig köteles a Nemzeti Adó- és Vámhivatalt (NAV) tájékoztatni a Magyarország Kormánya és az Egyesült Államok Kormánya közötti információcseréje teljesülése érdekében.

Az Aktv. 43/B–43/C.§-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről a biztosító a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított 30 napon belül írásban tájékoztatja.

A számlatulajdonost a biztosító felé 5 munkanapon belül változásbejelentési kötelezettség terheli, amennyiben adataiban – így különösen, melyek adóügyi illetőségét befolyásolják – változás következik be.

19.§ Egyéb rendelkezések

19.1. A biztosító a hozzá eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat csak akkor köteles hatályosnak tekinteni, ha azokat a jelen feltételek részét képező Tudnivalókban feltüntetett elérhetőségeken személyesen, írásban vagy a elektronikus úton, illetve telefonszámon közölték.

19.2. A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos, a szerződőhöz küldendő jognyilatkozatokat (pl. nyugdíjba vonulás bejelentése, rendes felmondás) az alábbi címre kell küldeni:

OTP Bank Nyrt. Hitel-adminisztrációs Back-Office Főosztály
1475 Budapest, Pf. 347

19.3. A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.

19.4. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

20.§ A korábban alkalmazott feltételektől történő lényeges eltérés

20.1. A biztosító által a jelen feltételek hatálydátumát megelőzően alkalmazott GB635 jelű Törlesztési biztosítás (csoportos hitelfedezeti biztosítás) feltételei és a jelen feltételek több rendelkezése eltér egymástól a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (hatályba lépés: 2014. március 15.) új rendelkezéseire tekintettel.

20.2. Az eltérések különösen a következő rendelkezések között találhatók:

- bevezető rendelkezések;
- a szerződőnek a biztosítóval szemben fennálló tájékoztatási kötelezettsége;
- a közlésre és változásbejelentésre irányuló kötelezettség;
- a biztosított szerződésbe való belépési jogának korlátozása;
- a díjfizetési kötelezettség elmulasztásának következménye;
- a biztosító díjra való jogosultsága a szerződés megszűnésének egyes eseteiben;
- keresőképtelenségre és munkanélküliségre vonatkozó kockázat esetén a biztosító szolgáltatásának felső határa.

20.3. Ezeket az eltéréseket, valamint a biztosító mentesülésére, a biztosító szolgáltatása korlátozására és kizárására vonatkozó rendelkezéseket a jelen feltételek figyelemfelhívásra alkalmas módon, félkövér betűtípussal tartalmazzák.

KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK ÉLETBIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT

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

Jelen különös feltételekben foglaltak az általános biztosítási feltételekkel együtt érvényesek.

Jelen különös feltételek az „A” biztosítási csomagra vonatkoznak.

1.§ A biztosítási esemény

Jelen feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés tartamán belül bármely – ki nem zárt – okból bekövetkezett halála.

2.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a jelen feltételek, valamint az általános biztosítási feltételek 14.§-ában meghatározott feltételek szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában (a halál bekövetkezésének napja) fennálló hiteltartozását.

3.§ A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

A biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:

- halotti anyakönyvi kivonat és a halott-vizsgálati bizonyítvány másolata;
- boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolata.

4.§ Maradékjogok, kötvénykölcsön

Az életbiztosításhoz maradékjogok nem tartoznak, tehát az nem visszavásárolható és a díjmentes leszállítás sem alkalmazható. Az életbiztosításra kötvénykölcsön nem nyújtható.

KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK BALESETI HALÁL KOCKÁZAT

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

Jelen különös feltételekben foglaltak az általános biztosítási feltételekkel együtt érvényesek.

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben alkalmazandó, ha a biztosítottra a „C” (baleseti) biztosítási csomag vonatkozik.

1.§ A biztosítási esemény

E feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak (a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett) baleset miatti, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett halála.

2.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a jelen feltételek, valamint az általános biztosítási feltételek 14.§-ában meghatározott feltételek szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában (a halál bekövetkezésének napja) fennálló hiteltartozását.

3.§ A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

A biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:

- halotti anyakönyvi kivonat és a halott-vizsgálati bizonyítvány másolata;
- boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolata.

4.§ Fogalom meghatározások

Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül – az Általános Feltételek 17.§ (5). pontjában felsoroltak kivételével – a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül bármely egyéb októl függetlenül a biztosított halálát okozza.

KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK 1-30% KÖZÖTTI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

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

Jelen különös feltételekben foglaltak az általános biztosítási feltételekkel együtt érvényesek.

1.§ A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak
 - az „A” biztosítási csomag esetében a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből vagy betegségből eredő;
 - a „C” biztosítási csomag esetében a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből eredő

egészségi állapot csökkenése, melynek következtében a biztosított 1-30% közötti egészségi állapotát állapítja meg jogerős határozatában a magyar rehabilitációs szakértői szerv és ezért a biztosított rokkantsági ellátásban részesül.

- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az a nap, amelyen a rehabilitációs szakértői szerv az 1-30% közötti egészségi állapotot megállapító jogerős határozatát meghozta.

- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.

2.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a jelen feltételek, valamint az általános biztosítási feltételek 14.§-ában meghatározott feltételek szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában (a halál bekövetkezésének napja) fennálló hiteltartozását.

3.§ A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

A biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:

- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal komplex minősítését igazoló, az egészségi állapot mértékét megállapító jogerős határozatot;
- az egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok és egyéb orvosi indokolások dokumentációinak hiteles másolatait.

4.§ Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az egészségkárosodás megállapítására vonatkozó kérelem Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz történő benyújtása után felvett hitelekre.

5.§ Fogalom meghatározások

Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül – az Általános Feltételek 17.§ (5). pontjában felsoroltak kivételével – az a biztosított akaratától füg-

getlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül bármely egyéb októl függetlenül a biztosított egészségi állapot csökkenését idézi elő.

KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK KERESŐKÉPTELENSÉGI KOCKÁZAT

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

Jelen különös feltételekben foglaltak az általános biztosítási feltételekkel együtt érvényesek.

1.§ A biztosítási esemény

1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény

- az „A” és „B” biztosítási csomag esetében a biztosítottak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből vagy betegségéből eredő;
 - a „C” biztosítási csomag esetében a biztosítottak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből eredő,
- 30 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképzetlenség).

1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképzetlenség 31. napja.

1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.

2.§ A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosító az általános biztosítási feltételek 14.§-ában meghatározott feltételek szerint megfizeti a kedvezményezett részére a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját követően esedékes hiteltörlesztő részleteket (meghatározását ld. az általános biztosítási feltételek 14.1.4.a. pontjában).

2.2. A biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyek az alább felsorolt időpontok közül a leghamarabb bekövetkeznek:

- a keresőképzetlenség megszűnése vagy
- a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig (ez a rendelkezés nem alkalmazható abban az esetben, ha a biztosító kockázatviselése a díj-nemfizetés miatt szűnt meg, de a biztosítási esemény még a kockázatviselés díj-nemfizetés miatti megszűnését megelőzően következett be);
- de legfeljebb 12 egymást követő hónapig.

2.3. Ha a biztosított a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 30 napon belül a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok vagy annak következménye miatt újból keresőképzetlenné válik, akkor az ilyen keresőképzetlenséget a biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti és az újbóli keresőképzetlenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat, feltéve, hogy az addig nyújtott szolgáltatás nem érte el a biztosító kár-eseményenkénti szolgáltatásának felső határát. 30 napon belül más okból keletkező vagy a biztosítási szolgáltatás megszűnése után több mint 30 nappal bekövetkező keresőképzetlenséget a biztosító új biztosítási eseménynek tekint.

3.§ A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

3.1. A biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumot kéri: az „Orvosi igazolás a keresőképzetlenség állományba vételéről” elnevezésű nyomtatvány hiteles másolatát.

3.2. Az igazolást a biztosítottnak havonta kell megküldeni a biztosító részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást abban a hónapban, de legkésőbb az azt követő hónap 5-ig kell eljuttatni, amelyben a biztosított keresőképzetlenség volt.

3.3. Ha a biztosított a 3.2. pont szerintiakat 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.**

4.§ Kizárások

A biztosító kockázatviselése – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – nem terjed ki:

- aszténiával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképzetlenségre;
- pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképzetlenségre;
- detoxikálással, alvászórával kapcsolatos keresőképzetlenségre;
- geriátriai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképzetlenségre;
- rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképzetlenségre;
- gyógyterápiával, logopédiával kapcsolatos keresőképzetlenségre;
- gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos keresőképzetlenségre;
- orvosilag nem indokolt, a biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképzetlenségre;
- gyermekápolási táppénzre;
- hadköteleként fegyveres katonai, illetve polgári szolgálatot teljesítő biztosított keresőképzetlenségére;
- olyan keresőképzetlenségre, amely alatt a biztosított jövedelem-szerző tevékenységet folytat;
- olyan keresőképzetlenségre, amely nem a biztosított egészségi állapotja miatt következett be;
- a keresőképzetlenség időtartama alatt felvett hitelekre;
- a hitelszerződés felmondása után bekövetkező keresőképzetlenségre.

5.§ Fogalom meghatározások

5.1. Jelen feltételek szempontjából balesetnek minősül – az Általános Feltételek 17.§ (5). pontjában felsoroltak kivételével – az a biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül bármely egyéb októl függetlenül a biztosított időleges keresőképzetlenségét idézi elő.

5.2. Jelen feltétel szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

5.3. Jelen feltétel szempontjából keresőképzetlenség az, aki

5.3.1. a „C” biztosítási csomag esetében balesete miatt munkáját nem tudja ellátni, és/vagy aki balesete miatt fekvőbeteg-gyógyintézetben részesül és a keresőképzetlenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját joga keresőképzetlenség állományban van.

5.3.2. az „A” és a „B” biztosítási csomag esetében balesete, illetve betegsége miatt a munkáját nem tudja ellátni, aki fekvőbeteg-gyógyintézetben ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül, illetve az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okokból hatóságilag elköltöztetnek, továbbá aki járványügyi, illetve állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és a keresőképzetlenség elbírálására

ra és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK MUNKANÉLKÜLISÉGI KOCKÁZAT

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

Jelen különös feltételekben foglaltak az általános biztosítási feltételekkel együtt érvényesek.

1.§ A biztosítási esemény

1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett 30 egymást követő napot meghaladó álláskeresőként (munkanélküliként) történő nyilvántartása.

1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a biztosított álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántartott állapotának a 31. napja.

1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt – a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül – bekövetkezett véletlen és önhibáján kívüli álláskeresővé (munkanélkülivé) válása minősül biztosítási eseménynek.

2.§ A biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosító az általános biztosítási feltételek 14.§-ában meghatározott feltételek szerint megfizeti a kedvezményezett részére a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját követően esedékes hiteltörlesztő részleteket (meghatározását ld. az általános biztosítási feltételek 14.1.4.a. pontjában).

2.2. A biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amely az alább felsorolt időpontok közül a leghamarabb bekövetkezik:

- a. a biztosított álláskeresőkénti (munkanélkülikénti) nyilvántartása megszűnésének időpontjáig, vagy
- b. a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig (ez a rendelkezés nem alkalmazható abban az esetben, ha a biztosító kockázatviselése a díj-nemfizetés miatt szűnt meg, de a biztosítási esemény még a kockázatviselés díj-nemfizetés miatti megszűnését megelőzően következett be);
- c. de legfeljebb 12 egymást követő hónapig.

2.3. Ha a biztosító szolgáltatási kötelezettsége 12 havi törlesztőrészlet kifizetése miatt szűnt meg, akkor a biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha

- a. az érintett biztosított a megszűnést követően ismételtlen a 7.2. pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételtlen munkanélkülivé vált és
- b. a kockázatviselés említett okból történő megszűnése és az újbóli munkanélkülivé válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.

3.§ Várakozási idő

Álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetére a biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha a biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a biztosító az emiatt bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4.§ A munkanélküliségi szolgáltatásra való jogosultság speciális feltételei

Olyan biztosítottak esetében, akik a csatlakozáskor nem rendelkeztek legalább 6 hónapos folyamatos, a 7.2. pont szerinti munkavi-

szonnyal, a biztosító csak abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha a biztosított a munkanélkülivé válását megelőzően legalább 6 hónapig folyamatosan a 7.2. pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett és annak alapján tényleges munkavégzés folyt.

5.§ A biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

5.1. A biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:

- 5.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresősi járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát;
- 5.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló – igazolványának másolatát;
- 5.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszüntetéséről, megszűnéséről;
- 5.1.4. a megszűnt, megszüntetett munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés fénymásolatát;
- 5.1.5. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés, próbaidő alatti megszüntetés) másolatát;
- 5.1.6. amennyiben a munkáltató jogutód nélkül szűnt meg, a megszűnést igazoló nyilatkozat másolatát;
- 5.1.7. az álláskeresősi járadék iránti kérelem vagy – ha van – annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát;
- 5.1.8. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső;

5.2. A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását a biztosítottnak havonta kell megküldeni a biztosító részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást abban a hónapban, de legkésőbb az azt követő hónap 5-ig kell eljuttatni, amelyben a biztosított munkanélküli volt.

5.3. Ha a biztosított az 5.2. pont szerintiakat nem igazolja, a biztosító kötelezettségét teljesítettnek és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A biztosító visszamenőlegesen hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a biztosító nem fizet.

6.§ Kizárások

A biztosító kockázatviselése – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – nem terjed ki:

- a. a határozott tartamú munkaviszonyra, valamint a munkaerő-kölcsönzés keretén belül létesített munkaviszonyra;
- b. olyan biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően nem állt a 7.2. pont szerinti munkaviszonyban, vagy a 7.2. pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszűnését, illetve megszüntetését megelőző 6 hónap során a munkavégzése – a táppénz kivételével – szünetelt;
- c. a munkaviszony megszüntetésére, ha a munkáltatói jogok gyakorlója a biztosított vagy a biztosított hozzátartozója vagy a biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy a biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik;
- d. a munkáltató jogutód nélküli megszűnésével megszünt munkaviszonyra, ha a munkáltatói jogok gyakorlója a biztosított vagy a biztosított hozzátartozója vagy a biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy a biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik;
- e. a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszüntetésére, kivéve, ha az erről szóló megállapodásban kifejezetten megemlíti, hogy a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszüntetésére az alábbi okok valamelyike miatt került sor:

- a munkáltatónál történt átszervezés, alkalmazotti létszámcsökkentés;
 - a munkáltató jogutód nélküli megszűnése;
 - a munkavállaló tartós keresőképtelensége;
- f. a munkaviszonynak a biztosított által kezdeményezett rendes felmondás miatti megszüntetésére;
 - g. a munkaviszony próbaidő alatti megszüntetésére;
 - h. a munkaviszonynak a munkáltató által rendkívüli felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a biztosított magatartása miatt rendes felmondással élt;
 - i. a munkáltató általi rendes felmondásra öregség nyugdíjazás, rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra való jogosultság megállapítása miatt;
 - j. a biztosított munkaviszonyának megszüntetésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette;
 - k. a munkáltató jogutód nélküli megszűnésével megszűnt munkaviszonyra, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette;
 - l. a felmondó levél kézhezvételének napját követően felvett hitelekre;
 - m. arra a munkanélküliségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.

A biztosító a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszüntetés fenti e. pontban felsoroltak szerinti körülményre vonatkozó, de utólag (a közös megegyezést követően) kiállított igazolást nem fogad el.

7.5 Fogalom meghatározások

7.1. **Álláskereső** (munkanélküli) az, akit a munkaügyi központ/kirendelt-

ség a vonatkozó jogszabályok alapján álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántart.

7.2. **Munkaviszony:** legalább 30 órás, határozatlan tartamú, a Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó közszolgálati jogviszony, közalkalmazotti jogviszony, bírósági és igazságügyi, illetőleg ügyészségi szolgálati viszony, fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.

7.3. **Havi hiteltörlesztő részlet:** a kockázatviseléssel fedezett hitelszerződés(ek) keretében a biztosított által felvett hitel visszafizetésére irányuló rendszeres – a szerződő által kimutatott – havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamatjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részeit, valamint a törlesztési biztosítás biztosítottra áthárított havi díját, függetlenül attól, hogy utóbbi a hitelszerződés szerint a havi törlesztőrészlet részét képezi-e. Deviza alapú hitelek esetén a havi törlesztőrészlet az esedékes deviza törlesztőrészletnek a szerződő által az esedékességet megelőző munkanap végén alkalmazott adott jelzálog kölcsönszerződésre vonatkozó devizaárfolyamon forintra átszámított értéke, valamint a törlesztési biztosításnak a biztosítottra áthárított havi díja, függetlenül attól, hogy utóbbi a hitelszerződés szerint a havi törlesztőrészlet részét képezi-e.

7.4. **Hozzá tartozó:** a közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.

7.5. **Közeli hozzátartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbe fogadó, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér.