

OTP HITELKÁRTYÁHOZ KAPCSOLÓDÓ, GB638 JELŰ TÖRLESZTÉSI BIZTOSÍTÁS ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI ÉS ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓJA

ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK

Jelen feltételek – ellenkező szerződéses kikötések hiányában – a Groupama Biztosító Zrt., 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C, a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságán Cg. 01-10-041071 cégjegyzékszámom bejegyezve (a továbbiakban: biztosító) és az OTP Bank Nyrt., 1051 Budapest, Nádor utca 16. a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságán a 01-10-041585 cégjegyzékszámom bejegyezve (továbbiakban: szerződő) között létrejött GB638 jelű csoportos biztosítási szerződésre (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést erre hivatkozva kötötték, és a jelen feltételhez kapcsolódó különös feltételek másképp nem rendelkeznek.

Jelen törlesztési biztosítás alapján a biztosító a természetes személy biztosított halála, balesetből vagy betegségből eredő egészségi állapot csökkenése, munkanélkülisége vagy keresőképzetlensége esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg (összebiztosítás) kifizetésére vállal kötelezettséget.

1.§ Fogalom meghatározások

Álláskereső (munkanélküli): az, akit a munkaügyi központ/kirendeltség a vonatkozó jogszabályok alapján álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántart.

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

Baleset: A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezésétől számított egy éven belül meghal vagy 2 éven belül végleges munkaképzetlenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot) és/vagy azonnali múltékony sérülést szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek – az általános feltételek 21.§ (4) pontjában felsoroltak kivételével – az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- égési sérülések, leforrások, villámcsapás, elektromos áram hatása;
- károsító gázok, gőzök belélegzése, mérgező vagy maró anyagok szervezetbe való kerülése.

A betegségek bekövetkezése nem minősül balesetnek, a fertőző betegségek bekövetkezése nem tekinthető baleseti következménynek.

Fennálló hiteltartozás: Az az összeg, melyet a hitelkártya-birtokos a rendelkezésére álló hitelkeretből – hitelkártya részletfizetési szolgáltatás(ok) igénybevételeből adódó összegeket is ideértve – egy adott időpontban (a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában) már felhasznált, ideértve a hitelkártyához kapcsolódó, a vonatkozó hitelkártya hirdetemnyekben közzétett mértékű elszámolt költségeket, díjakat és kamatokat is.

Fordulónap: A hitelkártya adott elszámolási időszakának utolsó napja, amely napon a bank kiállítja az ügyfél részére a számlakivonatot az adott elszámolási időszakról.

Hitelszerződés: A szerződő és a biztosított között létrejött, a jelen törlesztési biztosítás alapjául szolgáló hitelkártya szolgáltatásra irányuló szerződés.

Hitelkeret: A bank által a hitelbírálatot követően megállapított keretösszeg, amelynek erejéig hitelkártya-birtokos(ok) a hitelszerződés alapján a hitelkártyákkal tranzakciókat bonyolíthat(nak).

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

Keresőképzetlen: az a személy, aki

- a keresőképzetlenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképzetlen állományban van, vagy
- az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak, és más beosztást nem kap, vagy
- akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkülönítenek, vagy
- aki járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud, és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható.

Kórház: az egészségügyi hatóság által engedélyezett, illetőleg ilyenként nyilvántartott

- kórházak, klinikák, amelyek állandó szakorvosi irányítás és felügyelet alatt állnak;
- az üzemi kórházak;
- a fegyveres testületek kórházai;
- minden olyan, az erre jogosult egészségügyi hatóság által elismert egyéb gyógyintézmény, ahová az orvos a biztosítottat beutalja.

Jelen feltételek alapján létrejövő szerződések szempontjából nem minősülnek kórháznak különösen:

- a tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok;
- az idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei;
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok;
- az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

Közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér.

Krónikus betegség: lassú lefolyású, sokszor akut megbetegedés következményeként jelentkezik, tünetei enyhébbek, jellemző a nyugalmi időszakok és a fellángolások váltakozása. 3 hónapnál tovább, évekig vagy a beteg élete végéig tarthat.

Munkaviszony: legalább heti 30 órás, határozatlan tartamú, a Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó közszolgálati jogviszony, közalkalmazotti jogviszony, bírósági és igazságügyi, illetőleg ügyész-ségi szolgálati viszony, fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.

Nyugdíjas: A társadalombiztosítási nyugellátásról szóló mindenkor hatályos jogszabály szerinti saját jogú öregségi nyugellátásra jogosult személy.

2.§ A szerződés alanyai

(1) A csoportos biztosítási szerződés alanyai a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a biztosító.

(2) A szerződő az OTP Bank Nyrt., amely a biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést megkötő és a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatokat megteszi, valamint a csoportos biztosítás díját a biztosítónak megfizeti (ld. még 6.§ (1) és 12.§ (2) pontok). A szerződő a csoportos biztosítási szerződés tartama alatt a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

(3) Egy adott hitelkártya szerződéshez kapcsolódóan biztosított a szerződéssel hitelkártya szerződést (a továbbiakban: kártyaszerződés) kötő azon természetes személy, akire a biztosító kockázatot vállal, és akinek a halálá-

val, balesetével, betegségével és/vagy munkanélkülivé válásával összefüggő kockázatokra a csoportos biztosítási szerződés létrejött, és aki

- megfelel a biztosítottakkal szemben támasztott követelményeknek (ld. 5.§);
- a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik (a csatlakozásra vonatkozóan ld. még a 4.§-ban szereplő rendelkezéseket);
- reá a biztosító kockázatviselése az adott hitelszerződésre vonatkozóan a jelen feltételek szerint kiterjed (a kockázatviselés megszűnésére vonatkozóan ld. még a 9.§-ban szereplő rendelkezéseket).

A biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozását csatlakozási nyilatkozat megtételével teheti meg (a csatlakozásra vonatkozó rendelkezéseket lásd a 4.§-ban).

(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 biztosított által tett csatlakozási nyilatkozatban adott hozzájárulás alapján az OTP Bank Nyrt. A kártyaszerződésből eredő követelés eladása vagy engedményezése esetén a kedvezményezett az OTP Csoport azon más tagja, amelynek a részére a szerződő a kártyaszerződésből eredő követelését eladja vagy engedményezi.

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

3.5 A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

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

4.5 A biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

(1) A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, amelyhez a biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.

(2) A biztosító jogosult az ügyfél csatlakozási nyilatkozatát annak megtételét követő 15 napon belül elbírálni és ennek eredményéről a biztosítottat írásban tájékoztatni. A biztosított jogviszonya létrejön, amennyiben a biztosító a csatlakozási nyilatkozatra annak megtételétől számított 15 napon belül nem nyilatkozik.

(3) A biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez kizárólag biztosított minőségben csatlakozhat, a biztosítottat nem illeti meg a szerződői minőségben történő belépés joga.

(4) Az OTP Bank ügyfele az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez:

- írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján:
 - a hitelszerződés megkötésekor vagy utólagosan bármikor a szerződőnél személyesen aláírt csatlakozási nyilatkozat megtételével.
 - szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján:
 - a hitelkártya aktiválását követően, az OTP Bank által kezdeményezett, és az ügyfélszolgálat által rögzített telefonhívás során távbeszélő útján tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal;
 - a szerződő OTPdirekt szerződést kötött ügyfele az általa a hitelkártya aktiválását követően – a Hítvonal igénybevételével vagy az OTPdirekt Telefonos ügyintézői szolgáltatások keretében, a Lakossági ügyfelek részére nyújtott OTPdirekt szolgáltatásokról szóló Hirdetmény (továbbiakban: OTPdirekt Hirdetmény) szerint – kezdeményezett, és az OTP Bank ügyfélszolgálat által rögzített telefonhívás során távbeszélő útján tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal, amennyiben erre az OTPdirekt Hirdetményben foglalt feltételek szerint lehetősége van.
 - elektronikus csatornán tett csatlakozási nyilatkozat útján: a szerződő OTPdirekt szerződést kötött ügyfele az általa a hitelkártya aktiválását követően – az OTPdirekt szerződés keretében, az OTPdirekt Hirdetmény szerint kezdeményezett – elektronikus csatornán tett csatlakozási nyilatkozattal, amennyiben erre az OTPdirekt Hirdetményben foglalt feltételek szerint lehetősége van.
- (5) A biztosító a csatlakozási nyilatkozatot csak akkor fogadja el, ha abban a biztosított:

- kijelenti, hogy megfelel a biztosítottakkal szemben támasztott követelményeknek (ld. 5.§);
- elfogadja a csoportos biztosítási szerződés feltételeit, hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rá kiterjedjen;
- a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik;
- hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító a biztosított személyes adatait, valamint a biztosított egészségi állapotával, kártyaszerződésével kapcsolatos – a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – adatait beszeresse, nyilvántartsa, valamint kezelje;
- 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.

(6) A biztosító a biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban tett nyilatkozatait a biztosító írásban közölt kérdéseire adott válasznak tekinti, melyekre a biztosított közlési kötelezettségére vonatkozó szabályok alkalmazandók.

(7) Az adott hitelszerződésre vonatkozó csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozás esetén a szerződő írásbeli visszaigazolást küld vagy (ha a biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételkor a szerződő fiókjában személyesen jelen van) ad át a biztosított részére arról, hogy a biztosított csatlakozási nyilatkozata alapján a biztosító kockázatviselése a biztosítottra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás).

5.5 A biztosítottra vonatkozó általános előírások

(1) A biztosított az általa tett csatlakozási nyilatkozat alapján az lehet, aki

- a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában 18 és 70 év közötti életkorú és

- egészséges (azaz: megállapított krónikus betegség következtében nem áll tartós gyógyszeres kezelést igénylő rendszeres orvosi kezelés alatt).

(2) A csatlakozási nyilatkozat megtételkor munkaviszonnyal rendelkező biztosítottakkal szembeni további követelmények az alábbiak:

- a csatlakozni kívánó ügyfél az elmúlt 12 hónap során nem volt több mint 30 egymást követő napon át keresőképtelen állományban;
- a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjáig sem ő, sem a munkáltatója nem kezdeményezett felmondást vagy azonnali hatályú felmondást, közös megegyezéssel történő munkaviszony megszüntetést;
- tudomása szerint nem tartozik az alkalmazottak azon körébe, akiknek az elkövetkező 12 (tizenkettő) hónapban a munkáltatónál végrehajtott átszervezés, alkalmazotti létszámcsökkentés vagy a munkáltató esetleges csődje vagy felszámolása miatt megszüntetnék vagy megszüntetni tervezik a munkaviszonyát.

(3) A biztosítottra vonatkozó további előírásokat a szolgáltatáscsomagokra vonatkozó 17.§ tartalmazza.

6.5 A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

(1) A csoportos biztosítási szerződés díjának megfizetésére a szerződő köteles, valamint szintén a szerződő köteles a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére.

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

(3) A 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.

(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 válaszokkal a szerződő és a biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.

(5) A szerződő köteles a lényeges körülmények változását (pl. a hi-

telszerződés tartamának vagy összegének megváltozása, a biztosított nyugdíjba vonulása) a biztosítónak írásban bejelenteni a változás tudomásszerzésétől számított 15 napon belül.

(6) A biztosított köteles a lényeges körülmények változását (pl. a biztosított nyugdíjba vonulása) a biztosítónak címezve a szerződőnek (személyesen bankfiókban vagy a 24.§ 2. pontja szerinti címre) írásban bejelenteni a változás bekövetkezésétől számított 15 napon belül.

(7) 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 8.§ (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 8.§ (2) pontban megjelölt időponttól a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

(8) Amennyiben a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi személy esetén nem hivatkozhat.

(9) 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.

(10) Amennyiben a biztosító a szerződéskötést (az egyes biztosítottak esetén a 8.§ (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.

(11) A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a biztosító kötelezettsége, ha a szerződés megkötésétől (az egyes biztosítottak esetén a 8.§ (2) pontban megjelölt időponttól) a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

(12) A 6.§ (7) és (11) 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 ötéves időszak a változásbejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

(13) 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.

(14) A biztosított köteles haladéktalanul írásban jelezni a szerződőnek, ha öregségi nyugállományba vonul.

(15) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (Bit.) foglaltak szerint biztosítási titokként kezelni.

(16) A biztosítottat a csatlakozási nyilatkozata visszavonásának (ld. 10.§ (1) b. pont), valamint a rá vonatkozó biztosítási jogviszony felmondásának a joga illeti meg (ld. még a 10.§-ban). 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.

7.5 A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

(1) A biztosítottra vonatkozóan egy adott hitelszerződéshez kötődően a biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam. E tartam biztosítási időszakokra oszlik.

(2) A biztosítási időszak azonos a naptári hónappal, kivéve az alábbi eseteket:

- Az első biztosítási időszak a biztosító kockázatviselésének kezdetétől

annak a naptári hónapnak az utolsó napján 24 óráig tart, amely hónapban legközelebbi törlesztőrészlet esedékes.

- Az utolsó biztosítási időszak annak a naptári hónapnak az első napján 0 órakor kezdődik, amely hónapban a biztosító kockázatviselése az adott hitelszerződésre vonatkozóan megszűnik és a kockázatviselés megszűnéséig tart. Amennyiben a biztosítási fedezet kezdetének és megszűnésének hónapja megegyezik, akkor az utolsó biztosítási időszak megegyezik az első biztosítási időszakkal.

8.5 A biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

(1) Amennyiben a csoportos biztosítási szerződés és/vagy a vonatkozó különös biztosítási feltételek eltérően nem rendelkeznek, a biztosító kockázatviselése a biztosított kártyaszerződésének tartamán belül csak olyan időszakokra terjed ki, melyek alatt a biztosítottnak az adott kártyaszerződéssel kapcsolatban hiteltartozása áll fenn a szerződő felé.

(2) A biztosító a kockázatot az adott hitelszerződésre vonatkozó csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjától és módjától függően az alábbi időpontok valamelyikétől kezdődően viseli:

- a. a kártyaszerződés megkötésekor tett írásbeli csatlakozási nyilatkozat esetén a kártyaszerződés bank általi aláírásának napján 0 órától;
- b. a szerződőnél, a kártyaszerződés aláírását követően tett írásbeli csatlakozási nyilatkozat esetén a csatlakozás napját követő munkanapon 0 órától;
- c. a kártyaszerződés megkötését követően az adott hitelszerződésre vonatkozóan tett szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén (ideértve a korábban tett csatlakozási nyilatkozat bármilyen módon történt visszavonását követően szóban tett újbóli csatlakozást is) a szerződő telefonos ügyfélszolgálatára részére tett – és az OTP Bank ügyfélszolgálatára rögzített – szóbeli csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő napon 0 órától;
- d. a kártyaszerződés megkötését követően az adott hitelszerződésre vonatkozóan elektronikus csatornán tett csatlakozási nyilatkozat esetén (ideértve a korábban tett csatlakozási nyilatkozat bármilyen módon történt visszavonását követően elektronikus csatornán tett újbóli csatlakozást is) a csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő napon 0 órától.

9.5 A biztosító kockázatviselésének megszűnése

A biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan egy adott hitelszerződés kapcsán az összes kockázatra megszűnik abban az időpontban, amelyek az alább felsoroltak közül leghamarabb bekövetkeznek:

- a. ha a biztosított kártyaszerződése bármely okból megszűnik, a kártyaszerződés megszűnésének napján 24 órakor;
- b. annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órakor, amelyben a biztosított a 70. életévét betölti;
- c. a biztosított halálának napján 24 órakor;
- d. ha a szerződő az adott hitelszerződés kapcsán a biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat nem fizeti meg, a szerződő által a biztosítottnak küldött írásbeli felszólításában megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével a határidő napján 24 órakor;
- e. a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony azonnali hatályú felmondása (ld. 10.§ (1) a. pont) vagy a biztosítás rendes felmondása (ld. 10.§ (2) pont) esetén a felmondás hatályba lépésének a napján (ld. a 10.§ (1) c., illetőleg a 10.§ (2) b. pontban) 24 órakor.

10.5 Felmondás

(1) A biztosítottra vonatkozó jogviszony azonnali hatályú felmondása

- a. Szóbeli vagy (OTPdirekt szerződéssel rendelkező biztosított esetében) elektronikus csatornán tett csatlakozási nyilatkozat útján történt csatlakozás esetén a biztosított a csatlakozása folytán létrejött biztosítási jogviszonyt a biztosított számára megküldött írásbeli visszaigazolás (ld. még a 4.§ (7) pontban) kézhezvételétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül a biztosítóhoz intézett, de az OTP Bankhoz (a 24.§ 2. pontja szerinti címre) eljuttatott írásbeli nyilatkozattal indoklás nélkül azonnali hatállyal megszüntetheti.
- b. Az azonnali hatályú felmondás az OTP Bankhoz való beérkezés napján 24 órakor lép hatályba. Azonnali hatályú visszavonás esetén a kocká-

- zatviselés megszűnéséig terjedő időszakra az adott hitelszerződés kapcsán nem áll fenn biztosítási díj fizetési kötelezettség.
- c. Az azonnali hatályú felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a biztosított a 30 (harminc) napos határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi a visszavonást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát.
- d. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondásának (ld. a 10.§ (2) pontban) minősül.
- (2) A biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondása (a csoportos biztosítási szerződéshez történt csatlakozás visszavonása)
- a. A szerződő a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott ügyfele jogosult az ebből fakadó biztosítási jogviszonyt a csatlakozási nyilatkozatának visszavonásával rendes felmondással megszüntetni a biztosítóhoz intézett, de az OTP Bankhoz (személyesen bankfiókban vagy a 24.§ 2. pontja szerinti címre) eljuttatott írásbeli nyilatkozattal.
- b. A biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondása esetén a biztosító kockázatviselése – a biztosított összes hitelkártya szerződésére vonatkozóan – a rendes felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozat szerződőhöz való beérkezésének időpontjától függően az alábbi időpontok valamelyikével szűnik meg:
- ha a felmondó nyilatkozat a folyamatban lévő biztosítási időszak végét megelőző ötödik munkanap 24. óráját megelőzően érkezik be a szerződőhöz, akkor a felmondó nyilatkozat megtételének időpontjában folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor;
 - ha a felmondó nyilatkozat a folyamatban lévő biztosítási időszak végét megelőző ötödik munkanap 24. óráját követően érkezik be a szerződőhöz, akkor a felmondó nyilatkozat megtételének időpontjában folyamatban lévő biztosítási időszakot követő biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor.
- (3) A csoportos biztosítási szerződés felmondása rendes felmondás útján
- a. A csoportos biztosítási szerződést mind a szerződő, mind a biztosító jogosult a másik feléhez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani (rendes felmondás).
- b. 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 9.§-ban írt esetek valamelyikének bekövetkezése miatt meg nem szűnik.

11.§ 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.

12.§ A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

- (1) A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke. A biztosítási díj a biztosítottra vonatkozó szolgáltatáscsomagtól függ.
- (2) A csoportos biztosítási szerződés első díját a szerződő fizeti meg.
- (3) A biztosítás havi díjfizetésű.
- (4) A szerződő minden biztosítási időszakra, függetlenül annak tartamától havi díjat fizet.
- (5) A biztosítási díj alapja a hitelkártya szerződésben meghatározott fordulónapon fennálló hiteltartozás. Hitelkártya részletfizetési szolgáltatás(ok) igénybevétele esetén – jelen feltételek tekintetében – az aktuális hiteltartozás a fennálló hiteltartozással (teljes tartozással) egyezik meg.
- (6) A szerződő által fizetendő havi biztosítási díj a biztosítási díj alapjának és a biztosítottra vonatkozó szolgáltatáscsomag díjtételének a szorzata. A biztosítási díj összege a biztosítási díj alapjának változásával és a szolgáltatási csomag változása miatti díjtétel módosulással változhat.
- (7) A szerződő az általa megfizetett havi biztosítási díjnak a biztosítottra jutó arányos részét – a biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján – áthárítja a biztosítottra olyan módon, hogy az áthárított díj összegével megterheli a biztosított hitelszámláját. Az áthárításra kerülő díjrészt a szerződő számítja ki és terheli a biztosított hitelszámlájára a havi záráskor.

(8) Amennyiben 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 10.§ (1.) c. pontban foglalt esetet). Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.

13.§ A kockázat jelentős növekedése

(1) Amennyiben a biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, a tudomásszerzéstől számított tizenöt napon belül javaslatot tehet a szerződés jelen 13. pontban foglaltak szerinti módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

(2) A biztosítási kockázat jelentős növekedésének minősül a statisztikai halandóság, valamint a munkanélküliségi ráta olyan jelentős (legalább 5%-os) mértékű növekedése, mely miatt a biztosító a biztosítási díjat a megváltozott körülményekkel arányos mértékben módosíthatja. A biztosító a szerződés módosításának jogát a biztosítottra vonatkozó költségek, ezen belül az adóterhek vagy jogszabályoknak való megfelelés miatt fellépő költségek legalább 5%-os változása, illetve kedvezőtlen vagy kedvező kártapasztalat esetében alkalmazhatja a biztosítási díj módosításával a változás mértékével arányos mértékben, több tényező együttes változása esetén halmozottan is, de legfeljebb a biztosítási díj 50%-os emelésével vagy csökkentésével. Kedvezőtlen kártapasztalatnak számít az adott naptári évet megelőző és a naptári évben tapasztalt kárgyakoriság minimum 10%-os növekedése, kedvezőnek a minimum 10%-os csökkenése. Jelen feltételekben a biztosító kárgyakoriságnak az adott naptári évben a biztosító által végrehajtott kárkifizetések és az adott naptári évben biztosított ügyfelek átlagos számának hányadosát tekintik. A biztosító a biztosítási díj emelésének jogát legfeljebb évente egy alkalommal gyakorolhatja.

(3) A szerződésmódosításra irányuló javaslatban a biztosító részletesen tájékoztatja a szerződőt a szerződésmódosítás okáról, a biztosítási díj emelésére irányuló javaslat esetén a biztosítási díjmódosítás mértékéről, és a módosítás elfogadása esetén annak hatályáról. A szerződésmódosításra irányuló javaslatot a biztosító a szerződésmódosítás tervezett hatályát legalább 45 nappal megelőzően küldi ki.

Amennyiben a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 30 napon belül nem válaszol, a biztosító jogosult a szerződést a módosító javaslat közlésétől számított 45 nap elteltével 30 napra felmondani. A szerződésmódosítás elfogadása esetén a biztosítási kockázatvállalás mértékének változásáról, illetve a díjmódosításról a szerződő a változás hatályba lépése előtt legalább 30 nappal, a jelen biztosítási feltételek aktualizálásán és a hitelkártyákra vonatkozó Hirdetményén keresztül tájékoztatja a biztosítottakat. A mindenkor aktuális biztosítási feltételek és a hitelkártyákra vonatkozó Hirdetmény a szerződő honlapján, illetve bankfiókjaiban elérhető.

(4) Amennyiben a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik, és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyes biztosítottakkal összefüggésben merül fel, akkor a biztosító csak a megnövekedett kockázatúvá vált biztosítottak vonatkozásában gyakorolhatja a szerződésmódosítás vagy a szerződés felmondásának jelen paragrafus (1) pontjában meghatározott jogát, a többi személy vonatkozásában viszont nem. Ebben az esetben a biztosító a jelen paragrafus (3) pontjában meghatározottak szerint és az ott meghatározott határidővel gyakorolja a módosításra, illetve a jogviszony felmondására vonatkozó jogát.

(5) Felek megállapodnak, hogy a biztosítási díj módosítására irányuló javaslat esetén, amennyiben a szerződő vagy a biztosított a javaslatra annak kézhezvételétől számított 30 napon belül nem válaszol, de a következő díjesedékeséggel a módosított összegű díjat fizeti meg a biztosító részére, ez a szerződésmódosításra irányuló javaslat szerződő, illetve biztosított általi elfogadásának minősül.

14.§ Értékkövetés

A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

15.§ A biztosítási események

(1) Az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:

- haláleset;
- 1-30% közötti vagy 31-50% közötti nem rehabilitálható egészségi állapot;
- balesetből eredő 50%-os vagy azt meghaladó mértékű egészségkárosodás;
- keresőképtelenség;
- munkanélküliség.

(2) A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.

16.§ A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja:

- a. A biztosított halála, 1-30% közötti vagy 31-50% közötti nem rehabilitálható egészségi állapota, vagy balesetből eredő 50%-os vagy azt meghaladó mértékű egészségkárosodása esetén a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételekben megállapított feltételek szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában az adott hitelszerződés kapcsán a kedvezményezett felé fennálló, az alábbiak szerint kiszámított hiteltartozását.

Fennálló hiteltartozás (hitelkártya) = CB – D + C,

ahol CB a biztosítási esemény bekövetkezésének napját követő legközelebbi záró egyenleg, mely tartalmazza a záró egyenleg készítésének időpontjáig felszámított kamatokat és díjakat is,

D a CB időpontja és a biztosítási esemény bekövetkezésének napja közötti időszakban felvett hitelek összege,

C a CB időpontja és a biztosítási esemény bekövetkezésének napja közötti időszakban történt jóváírások összege.

Abban az esetben, ha a biztosított a biztosítási esemény időpontjában hitelkártya részletfizetési szolgáltatás(oka)t vett igénybe, akkor a fentiekben leírt záró egyenleg (CB) a hitelkártya szerződéssel kapcsolatos fennálló tartozásra (teljes tartozásra) vonatkozik, azaz tartalmazza a hitelkártya részletfizetési szolgáltatás(ok) egyenlegét is.

- b. A biztosított keresőképtelensége vagy munkanélkülivé válása esetén a biztosító a vonatkozó különös biztosítási feltételekben meghatározott feltételek szerint és időtartamra megfizeti a kedvezményezett részére az adott hitelszerződés alapján a biztosított részére nyújtott hitelkeret 5%-át azt követően, hogy az adott hónapban a biztosított által az adott hitelszerződés alapján fizetendő minimális törlesztőrészlet esedékessé vált.

Amennyiben a keresőképtelenség kezdetekor a biztosított vállalkozó vagy munkavégzésre irányuló olyan egyéb jogviszonyban áll, amely az általános biztosítási feltételek 1.§-a alapján nem minősül munkaviszonynak, akkor a biztosító keresőképtelenség esetén – szolgáltatási kedvezményként – kétszeres szolgáltatást nyújt (azaz a vonatkozó különös biztosítási feltételekben meghatározott feltételek szerint és időtartamra a hitelkeret 5%-a helyett annak 10%-át téríti havonta). A biztosító fenntartja azt a jogot, hogy a 13.§-ban részletezett tényezők változása esetén a szolgáltatási kedvezmény mértékét megváltoztassa, függetlenül attól, hogy a biztosított mikor csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez.

A keresőképtelenségi vagy munkanélkülivé válás esetére vonatkozó havi szolgáltatás összege független attól, hogy a biztosított igénybe vett-e a biztosítási esemény időpontjában valamely hitelkártya részletfizetési szolgáltatást, az mindig a teljes hitelkeret 5%-a, illetve 10%-a.

(2) Havi törlesztést nyújtó szolgáltatás esetén a biztosító kizárólag azokat a törlesztéseket téríti meg, amelyek a biztosítási eseményt kiváltó állapot fennállásának időtartama alatt váltak esedékessé.

(3) A biztosító a havi törlesztést nyújtó biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak egy jogcímen (vagy csak keresőképtelenség, vagy csak munkanélküliség jogcímen) teljesíti. Ha havi törlesztést nyújtó szolgáltatás teljesítésének tartama alatt a biztosítottnak másik jogcímen is szolgáltatási igénye keletkezik, melynek alapján a biztosító szintén a havi törlesztés megfizetésére köteles, akkor a biztosító az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít mindaddig, amíg ezen a jogcímen a biztosított szolgáltatásra jogosult.

(4) Amennyiben a havi törlesztést nyújtó szolgáltatás időtartama alatt olyan biztosítási esemény következik be, amelynek alapján a biztosító a fennálló hiteltartozást téríti meg (halál, 1-30% közötti vagy 31-50% közötti nem re-

habilitálható egészségi állapot, balesetből eredő 50%-os vagy azt meghaladó mértékű egészségkárosodás) 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 (ld. a vonatkozó különös biztosítási feltételekben) fennálló hiteltartozást fizeti meg a kedvezményezett részére.

(5) A biztosító egy biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa a biztosítottnak a szerződéssel szemben – hitelkártya szerződés alapján – fennálló összes tartozása(i) vonatkozásában 20 000 000 Ft, azaz húszmillió forint. Ezen határösszeg alkalmazása során figyelembe kell venni minden olyan kifizetést, amely az adott biztosítottra vonatkozóan a GB638 jelű csoportos biztosítási szerződés alapján történt.

17.§ Szolgáltatáscsomagok

(1) Biztosítottra a jelen 17. pontban meghatározott feltételek szerint az alábbi szolgáltatáscsomagok vonatkoznak.

A csomagok és a hozzájuk tartozó biztosítási események:

Aktív csomag
<ul style="list-style-type: none">– Haláleset;– 1-30% közötti vagy 31-50% közötti nem rehabilitálható egészségi állapot;– Balesetből eredő 50%-os vagy azt meghaladó mértékű egészségkárosodás;– Keresőképtelenség;– Munkanélküliség.
Senior csomag
<ul style="list-style-type: none">– Haláleset;– Balesetből eredő 50%-os vagy azt meghaladó mértékű egészségkárosodás.

(2) Az Aktív csomag igénybevételének további feltételei a biztosítottra vonatkozóan:

- olyan természetes személy, aki elmúlt 18, de még nem töltötte be 65. életévét az igénylés napján, és
- semmilyen jogcímen nem részesül nyugdíjban (kivéve özvegyi, szülői és baleseti hozzátartozói nyugdíj).

(3) Kizárólag Senior biztosítási csomagot vehet igénybe azon ügyfél, aki a csatlakozási nyilatkozat megtétele napján:

- legalább 65, de legfeljebb 70 éves, vagy
- nyugdíjban részesül (ide nem értve özvegyi, szülői és baleseti hozzátartozói nyugdíjat), vagy
- 1-30% közötti vagy 31-50% közötti nem rehabilitálható egészségi állapotú.

(4) Amennyiben a biztosított Aktív csomaggal rendelkezik és betölti a 65. életévét, a következő naptári év január 1-jétől rá a Senior biztosítási csomag vonatkozik a csomagmódosítás időpontjában aktuálisan érvényes biztosítási díjjal. A szerződő a biztosítási csomag változásáról a csomag-, valamint a díjváltozás időpontját megelőzően legalább 60 nappal a biztosítottat postai írásban értesíti.

(5) Amennyiben a biztosított öregségi vagy előrehozott öregségi nyugállományba vonul, vagy egészségi állapota 1-30% közötti vagy 31-50% közötti nem rehabilitálható állapotúra változik, ezt köteles a szerződőnek 15 napon belül személyesen bankfiókban vagy a 24.§ 2. pontja szerinti címre eljuttatott írásbeli nyilatkozattal bejelenteni.

Figyelem! Amennyiben a biztosított a fenti (5) pontban szereplő változásbejelentési kötelezettségét elmulasztja, akkor a biztosított a bejelentés időpontjáig az Aktív csomag díját köteles megfizetni. Az Aktív csomag olyan biztosítási fedezetet is tartalmazhat, amelyre a biztosított nyugdíjba vonulása, illetve egészségi állapotának megváltozása miatt a biztosító nem tud szolgáltatást teljesíteni (pl. munkanélküliség).

(6) Amennyiben a biztosított a fenti (5) pontban szereplő csomagmódosítást igényli, illetve bejelenti, ekkor a biztosítottra a bejelentés szerződéshöz való beérkezésének időpontjától függően az alábbi időpontok valamelyikétől – csomagmódosítás időpontjában aktuálisan érvényes biztosítási díjjal – a Senior biztosítási csomag vonatkozik:

- ha az írásbeli bejelentés a folyamatban lévő biztosítási időszak végét

megelőző ötödik munkanap 24. óráját megelőzően érkezett a szerződőhöz, akkor a beérkezés időpontját követő legközelebbi biztosítási időszak első napján 0 órától;

- ha az írásbeli bejelentés a folyamatban lévő biztosítási időszak végét megelőző ötödik munkanap 24. óráját követően érkezett a szerződőhöz, akkor a beérkezés időpontját követő legközelebbi biztosítási időszak utolsó napján 24 órától.

(7) Az egyes biztosítási csomagokra vonatkozó biztosítási események részletes meghatározását a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.

18.§ A biztosítási esemény bejelentése, a biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

(1) A biztosított halála esetén a biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyébként a biztosított vagy az általa meghatalmazott személy – és amennyiben a tudomására jut, a szerződő is – köteles a biztosítási eseményt a bekövetkezését követő – akadályoztatás esetén az akadály megszűnésétől számított – 15 napon belül belül a biztosító bármely ügyfélszolgálati irodájánál bejelenteni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

(2) A biztosítottak tájékoztatására a biztosító a következő telefonszámot tartja fenn: +36 1 467 3500

(3) A biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

(4) A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:

- a biztosított csatlakozási nyilatkozatát (szóbeli nyilatkozat esetén a hangfelvételt), a biztosító által megadott hónapok számlaforgalmának másolatát;
- 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;
- hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó iratokat;
- baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült;
- a biztosító által meghatározott egyéb dokumentumokat vagy azok másolatait (pl. táppénzes lap, műtéti leírás dokumentációja, diagnosztikus leletek, kórházi zárójelentés, stb.), amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek;
- ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.

(5) Az egyes biztosítási kockázatokra/szolgáltatásokra vonatkozó különös biztosítási feltételek a fentiekben túl további dokumentumok benyújtását írhatják elő.

(6) 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.

(7) A biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

19.§ A biztosító mentesülése

(1) A közlésre vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megszegése esetén a biztosító a 6.§ (5) pontban foglaltak szerint mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól.

(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.

(3) 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 biztosítási eseménynek minősül különösen, ha:

- a biztosítási esemény a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azonnal összefüggésben következett be;
- a biztosítási esemény bekövetkezésekor kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt;

- a biztosítási esemény a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben következett be;
- 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;
- a biztosítási esemény amiatt következett be, hogy a biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett;
- a biztosítási esemény a biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be;
- diagnosztizált betegség esetén a biztosított az orvosi utasítástól eltekintve nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

20.§ Kizárások

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

- harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény);
- állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel vagy zavargásokkal (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás);
- atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló-, illetve lézersugárzás, valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést);
- fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával;
- 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);
- nemi érintkezés útján terjedő egyes fertőző betegségekkel;
- egyéb kockázatosnak minősülő tevékenységekkel, különösen a búvárkodás, barlangászat, hegymászás, egyéni hajózás, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat.

(2) A biztosító nem viseli a kockázatot, ha a biztosított halála, balesete vagy betegsége

- gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következik be;
- nem a szervezett légi forgalom keretében végrehatott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye;
- hivatásos sportolóként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be.

(3) Jelen termék esetében 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.
(4) 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 bírt.

(5) A biztosító jogosult a szolgáltatást megtagadni, ha a szolgáltatást igénylő személy az igénybejelentés alkalmával és/vagy a biztosító szolgáltatása során a biztosítási eseménnyel vagy a szolgáltatás szempontjából lényeges körülménnyel kapcsolatban valótlan információt közöl vagy lényeges körülményt elhallgat, hamis, hamisított vagy valótlan tartalmú okiratot használ, vagy a biztosítót egyéb módon megtéveszti.

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

(7) 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 beszámolójára, érzéseire alapul. Objektív orvosi módszerek azok a módszerek, melyek alkalmazásával az orvosi fizikális, eszközös vagy laboratóriumi vizsgálat által a betegség észlelhető, kimutatható.

(8) A biztosító nem köteles fedezetet vállalni, vagy jelen szerződés feltételek szerint szolgáltatást nyújtani, illetve a biztosító köteles a jelen biztosítási szerződés alapján a kártérítést elutasítani, ha az ilyen szolgáltatás nyújtására vagy kártérítés kifizetésére az Egyesült Nemzetek Szervezete határozata alapján szankció, tiltó rendelkezés vagy korlátozás és/vagy az Európai Unió, Magyarország, az Amerikai Egyesült Államok által bevezetett gazdasági vagy kereskedelmi szankció vonatkozik.

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

(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 az adat kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja vagy az adatfeldolgozóval végrehajtatja.
- e. **Adatkezelés:** az alkalmazott eljárástól függetlenül az adaton 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 tenyérynymat, 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 rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő 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 másat bíz meg.

m. **Biztosító:** Groupama Biztosító Zrt., székhely: Magyarország, 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C, Fővárosi Törvényszék Cégbírósága által Cg. 01-10-041071 szám alatt bejegyezve, európai egyedi azonosítója (EUID): HUOCCSZ.01-10-041071;

n. **Ügyfél:** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító számára szerződéses ajánlatot tett és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy, továbbá a független biztosításközvetítő esetén az a személy is, aki a független biztosításközvetítővel alkuszi megbízási szerződést kötött.

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.

r. **Adatvédelmi incidens:** személyes adat jogellenes kezelése vagy feldolgozása, így különösen a jogosulatlan hozzáférés, megváltoztatás, továbbítás, nyilvánosságra hozatal, törlés vagy megsemmisítés, valamint a véletlen megsemmisülés és sérülés.

(2) Az adatkezelés célja, jogalapja

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban Bit.) 135.§ (1) bekezdése alapján a biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, 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 megtételéhez szükséges, vagy a Bit-ben meghatározott egyéb cél. A fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A Bit. 379.§-a alapján a biztosításközvetítő az ügyfelek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, a biztosítás fenntartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megtételéhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. A fentiekől eltérő

rő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. 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, csatlakozási nyilatkozat, biztosítási szerződés, illetve a titoktartás alóli felmentésről szóló nyilatkozat aláírásával hozzájárul az adatainak a jelen „Tudnivalóknak”, illetve a szerződésben meghatározottak szerinti kezeléséhez.

(3) A kezelt adatok meghatározása (biztosítási titokkörök)

- Az ügyfél személyi adatai, a nem természetes személyek adatai;
- a biztosított vagyontárgyak jellemző adatai és értéke, a kockázatbírálás 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. 135.§ (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 korlátozásmentesen leiratkozhat.

Az ügyfél az általa tett, tájékoztatást célzó és reklám küldeményre vonatkozó adatkezelési nyilatkozatát megváltoztathatja telefonon keresztül a biztosító TeleCenter +36 1 467 3500 telefonszámán.

(4) A biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelésénél az alábbiak szerint jár el a biztosító

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.

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

- a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad;
- a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn;
- a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és aláírója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

4.3. A Bit. 138.§ (1) bekezdése alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
- a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel;
- büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során (2018. január 1-jétől ehelyett közigazgatási perben) eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal;
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel;
- a Bit. 138.§ (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 esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel;
- törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel;
- a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
- törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével;
- az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval;
- a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval;
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval;
- 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;
- a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
- a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal;

- s. a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval;
- t. a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében az agrárkár-megállapító szervvel, a mezőgazdasági igazgatási szervvel, az agrárkár-enyhítési szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel;
- u. a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal

szemben, ha az a.-j., n., s., t. és u. pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a p.-s. pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A Bit. 138.§ (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.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben, a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját.

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

4.4. A biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban 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-keresedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel

van összefüggésben.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa 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 ellen-

őrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

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

- a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;
- 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.

4.5. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezet-hez 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 Infotv. 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.

4.6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatója, 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 tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak; a jogalkotás meg-alapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása, a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

A 4.6. pontban meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

A biztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 4.3. pont b., f. és j. pontjai, illetve a 4.4. pont első bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.

A biztosító a 4.2.–4.6. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait a Bit-ben foglaltak szerint továbbíthatja.

4.7. Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, a Bit. 136.§-a alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak minősülő adatok továbbítása esetén 20 év elteltével törölni kell.

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.

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

4.10. Biztosítók egymás közötti adatátadására vonatkozó szabályok
A Bit. 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 kapcsolat visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel forduljanak más biztosítóhoz a megkeresett biztosító által – a Bit. 135.§ (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt a Bit. 149.§ (3)-(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, hogy a kérdező (megkereső)

biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős a Bit. 149.§ (1) bekezdésében meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

A Bit. 149.§ (3)-(6) bekezdése biztosítási ágazatonként meghatározza, hogy a megkereső biztosító a különböző ágazatokhoz tartozó szerződés megkötésével vagy teljesítésével kapcsolatban milyen adatokat kérhet. A biztosítási szerződés típusától (ágazati besorolásától) függően átadhatók a szerződő, biztosított, kedvezményezett, károsult személy azonosító adatai, a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok, a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok, korábbi biztosítási eseményre vonatkozó adatok, a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok, valamint a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatahoz szükséges adatok.

Felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítási szerződések esetében a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén lehetőség van a károsult személy azonosító adataira, a személyi sérülés miatt kárigényt, személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, valamint a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó, valamint e személyt, illetve a károsodott vagyontárgyat érintő korábbi, ugyanezen ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos biztosítási eseményre vonatkozó adatok átadására is. Felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítási szerződések esetén nem szükséges a károsult személy előzetes hozzájárulása a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt érvényesítő személyt érintő korábbi – felelősségbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatok átadásához.

Szárazföldi jármű-casco, valamint önálló szárazföldi járműekkel összefüggő felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítások esetében – ez utóbbiaknál a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – lehet kérni másik biztosítótól a járműazonosító adatok (rendszám, alvázsám) alapján az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményre (így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is), az elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó adatokat.

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

A megkereső biztosító a jelen pont szerinti megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfelet, kérelmére az Infotv-ben szabályozott módon tájékoztatja. Ha a megkereső biztosító az adatok kezelésének törvényi határidejére figyelemmel már nem kezeli az adatokat, akkor az Infotv. alapján tájékoztatást kérő ügyfelet ennek a tényéről kell tájékoztatni.

4.11. A Bit. 381.§-a alapján a 4.1.-4.9., valamint az (5) pontban szereplő rendelkezéseket alkalmazni kell a biztosításközvetítők esetében is azzal, hogy ahol az adott rendelkezés biztosítót nevesít, azon a biztosításközvetítőt kell érteni.

(5) Az adatkezelés időtartama

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának ide-

jén, 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 köteles törölni 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.

(6) Az adatkezelésre vonatkozó egyéb rendelkezések

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

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

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 átvezeti, 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, az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá – az ügyfél személyes adatainak továbbítása esetén – az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.

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 érdekeinek 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.

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.

6.6. A biztosító az adatkezelési műveleteket úgy tervezi meg és hajtja végre, hogy az adatkezelésre vonatkozó szabályok alkalmazása során biztosítsa az érintettek magánszférájának védelmét. A biztosító gondoskodik az adatok biztonságáról, és megteszi azokat a technikai és szervezési intézkedéseket és kialakítja azokat az eljárási szabályokat, amelyek az adat- és 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.

6.7. A jelen „Tudnivalók”-ban hivatkozott jogszabályok megtekinthetők a www.groupama.hu honlapon.

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 hatóságilag nyilvántartást vezet (adatvédelmi nyilvántartás). A biztosító által bejelentett adatkezeléseket a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság NAIH – 59292-59318/2012., NAIH – 78398/2014., NAIH – 83015/2015., NAIH – 83727-83733/2015., NAIH – 100950/2016., NAIH – 123122/2017. adatkezelési számokon vette nyilvántartásba.

(7) Az adatok továbbítása, adatfeldolgozók

A Bit. 138.§ (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. Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait továbbítja a kiszervezett tevékenységet végzőhöz, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

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 előállítása, csekkek nyomtatása és azok ügyfelek felé történő továbbítása
kárszakértők, autókéreskedők, javítók	kárfelvétel, kárfelmérés, kárigény elbírálása
igazságügyi szakértők	szolgáltatási igény elbírálása, szakértői tevékenység
ügyvédek	a biztosító jogi képviselete
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.groupama.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.

(8) A biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok kezelése

Jelen szerződési feltételekkel kapcsolatban felmerülő esetleges kérdés, panasz esetén személyesen a biztosító ügyfélszolgálati irodáiban dolgozó munkatársaihoz fordulhat. Ügyfélszolgálati irodáink elérhetőségéről a www.groupama.hu weboldalunkon tájékozódhat. Telefonon keresztül a biztosító TeleCenter +36 1 467 3500 telefonszámán, illetve elektronikus levélben a www.groupama.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 telefax számon is megteheti.

A biztosító felett a szakmai felügyeletet a Magyar Nemzeti Bank gyakorolja. A Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ elérhetőségei: cím: 1013 Budapest, Krisztina körút 39., levélcím: 1534 Budapest, BKKP Pf. 777, központi telefonszáma: +36 1 489 9100, a személyes ügyfélszolgálat nyitvatartási idejében hívható, ingyenes telefonszám: +36 80 203 776, központi fax: +36 1 489 9102, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu.

A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben foglalt fo-

gyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi ellenőrzési 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 (személyes ügyfélszolgálati iroda címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., meghallgatások helyszíne: 1133 Budapest, Váci út 76. (Capital Square Irodaház), levélcím: 1525 Budapest, Pf. 172, központi telefonszám: +36 1 489 9700, a személyes ügyfélszolgálat nyitvatartási idejében hívható, ingyenes telefonszám: +36 80 203 776, e-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu) eljárását kezdeményezheti. 2016. október 15-től bármelyik kormányablakban is lehetősége van pénzügyi fogyasztóvédelmi panasz, közérdekű bejelentés vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására irányuló kérelem leadására.

Amennyiben online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatos a jogvitája, az Európai Unió online vitarendezési platformján kezdeményezheti a jogvita bírósági eljáráson kívüli rendezését. Az Európai online vitarendezési platformról bővebb információkat talál a www.groupama.hu weboldalunkon. Az Európai Unió online vitarendezési platformjának elérhetősége: web: <http://ec.europa.eu/odr>.

A bíróság eljárására 2017. december 31-ig a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadóak. A bíróság eljárására a 2018. január 1-jén és az azt követően indult ügyekben a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvényt kell alkalmazni. Panaszkezelésre vonatkozó további részletes információk és a biztosító Panaszkezelési Szabályzata megtekinthető a www.groupama.hu weboldal „fogyasztóvédelem” menüpontjában.

(9) Tájékoztató a FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségekről
Jelen tájékoztató a Bit. 148.§ (2) bekezdésében szereplő írásbeli tájékoztatói 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 jelen pontban: 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 pénzműködési ügyfél-azonosítási kötelezettség lefolytatásával együtt 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 Vámhivatal (NAV) tájékoztatni a Magyarország Kormánya és az Egyesült Államok Kormánya közötti információcsere teljesülése érdekében. Az Aktv. 43/B–43/C.§-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről a biztosító a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítéséről 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.

(10) Tájékoztató az Aktv. alapján fennálló kötelezettségekről

A biztosító, mint az Aktv. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Intézmény kö-

teles az ún. visszavásárlási értékkel rendelkező biztosítási szerződések (az Aktv. szerint pénzügyi számlák) vonatkozásában elvégezni a Számlatulajdonos (ügyfél) illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban jelen pontban: illetőségvizsgálat).

Az Aktv. értelmében az illetőségvizsgálat során az ügyfél köteles az adóügyi illetőségére vonatkozó adatait, illetve nyilatkozatát a biztosító rendelkezésére bocsátani. Az Aktv. szerinti Passzív Nem Pénzügyi Jogalany ügyfél köteles továbbá nyilatkozni az Aktv. alapján Jelentendő Személynek minősülő, Ellenőrzést gyakorló személyekről.

Amennyiben a nyilatkozat alapján a Számlatulajdonos (ügyfél) adózási szempontból tagállamban vagy az Aktv. szerinti más államban rendelkezik illetőséggel, a biztosító a számlát Jelentendő Pénzügyi Számlaként kezeli.

Az Aktv. értelmében a biztosító az illetőségvizsgálat keretében megszerzett, az Aktv. alapján jelentendő adatokról évente, az adóévet követő év június 30-ig köteles tájékoztatni a Nemzeti Adó- és Vámhivatalt (NAV), amely az automatikus információcsere keretében közli az Európai Unió tagállama vagy más állami hatáskörrel rendelkező hatóságával az Aktv.-ben meghatározott adatokat.

Az Aktv. szerinti, NAV felé fennálló adatszolgáltatás teljesítése esetén az adatszolgáltatás tényéről a biztosító a Számlatulajdonost (ügyfelet) az adatszolgáltatás teljesítésétől számított 30 napon belül írásban – ha az lehetséges, elektronikus úton – tájékoztatja.

(11) Tájékoztató a fizetőképességről és a pénzügyi helyzetről szóló beszámoló közzétételéről

A biztosító a Bit. 108.§ (1) bekezdése alapján köteles évente jelentést közölni a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről. A jelentéssel összefüggő részletszabályokat a Kormány rendeletben állapítja meg. A biztosító a Bit. 108.§ (1) bekezdése szerinti, a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a honlapján közzéteszi.

22.5 Távértékesítési tájékoztató

(1) Távértékesítés

Távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésnek az a szerződés minősül, amelyet a szolgáltató és fogyasztó köt egymással szervezett távértékesítés keretében olyan módon, hogy a szerződés megkötése érdekében a szolgáltató kizárólag távközlő eszközt alkalmaz.

Szolgáltató: aki meghatározott szolgáltatást gazdasági vagy szakmai tevékenysége keretében nyújtja.

Fogyasztó: az a természetes személy, akinek a részére – önálló foglalkozása és gazdasági tevékenysége körén kívül eső célból – a szolgáltatást nyújtják, továbbá, aki a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás vagy ajánlat (ajánlati felhívás) címzettje.

Távközlő eszköz: olyan eszköz, amely alkalmas a felek távollétében szerződési nyilatkozatok megtételére. Távközlő eszköznek minősül többek között a DM levél, a sajtótermékben közzétett hirdetés megrendelőlap, a telefon, internetes honlap, e-mail, telefax.

Távértékesítés keretében történő szerződéskötésnek kell tekinteni minden olyan szerződéskötési módot és eljárást – jelen esetben a csatlakozási nyilatkozat megtételét – amelyre a felek, vagyis a szolgáltató és a fogyasztó egyidejű fizikai jelenléte (face to face kapcsolat) nélkül kerül sor. Ha a csatlakozás folyamata során, annak bármely szakaszában a felek egyidejű jelenlétében történik nyilatkozattétel, tájékoztatás vagy egyéb, a csatlakozási nyilatkozat megtételére irányuló magatartás, akkor az adott értékesítés nem minősül távértékesítésnek. A távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény alapján a biztosító és a fogyasztó távközlő eszköz alkalmazásával is köthet biztosítási szerződést. A jogszabály a fogyasztó érdekeit szem előtt tartva útmutatást ad a szolgáltató (továbbiakban: biztosító) szerződéskötést, illetve csatlakozási nyilatkozat megtételét megelőző tájékoztatási kötelezettségére, valamint a fogyasztó szerződéstől való elállási (felmondási) jogának gyakorlására, amelyekről az alábbiakban tájékoztatjuk. Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény által előírt szerződéskötést megelőző tájékoztatást a biztosítási feltételek formájában teljesítette, így a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatásokról rendelkező törvényben meghatározott azonos tartalmú tájékoztatási kötelezettségének is eleget tesz, ezért a biztosító által nyújtandó szolgáltatás, ellenszolgáltatás, a fizetés és a biztosító teljesítésének feltételeit, a biztosító adatait, valamint a biztosító felett

felügyeletet gyakorló szerv adatait a biztosítási feltételek tartalmazzák. Tájékoztatjuk továbbá, hogy a fogyasztó tájékoztatását kizárólag az első ügyletre vagy műveletre kell alkalmazni abban az esetben, ha ugyanazon felek között kerülnek végrehajtásra egymást követő ügyletek, illetve azonos jellegű elkülönült műveletek, amelyek időbeli kapcsolatban állnak egymással. Ha egy évnél hosszabb ideig nem kerül sor ügylet vagy azonos jellegű művelet teljesítésére, az ezt követő ügyletet vagy műveletet új ügyletnek, illetve egy újabb műveletsor első műveletének kell tekinteni, és a tájékoztatást teljesíteni kell. A távértékesítés keretében kötött biztosítási szerződés, illetve ahhoz történő csatlakozás a fogyasztó terhére többletköltséget nem okoz.

(2) További információk

Felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy az azonnali felmondásra nyitva álló határidő lejártá előtt a szerződés teljesítése csak a fogyasztó kifejezett hozzájárulását követően kezdhető meg. Ha a fogyasztó felmondási jogát gyakorolta, úgy a biztosító a jelen biztosítási feltételek 10.§-ában foglaltak szerint jár el.

23.5 Adósságrendezési eljárás

(1) A biztosítotti jogviszony felfüggesztése

Amennyiben a biztosított adósságrendezési eljárást kezdeményez, a biztosítotti jogviszonya felfüggesztésre kerül. A biztosítotti jogviszony felfüggesztésének ideje alatt a biztosítási díjfizetési kötelezettség is szünetel. A felfüggesztés hatálya visszamenőlegesen az a nap, amikor a biztosított az adósságrendezési eljárás kapcsán szándékát az OTP Bank Nyrt.-nek bejelentette vagy az az OTP Bank Nyrt. tudomására jutott. A felfüggesztés idejére a biztosító nem áll kockázatban, amennyiben a biztosítási esemény az adósságrendezés időtartama alatt következett be, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

(2) Megállapodás az adósságrendezési eljárás keretében

Az egyezség megkötése keretében a szerződő írásban nyilatkoztatja a biztosítottat, hogy fenn kívánja-e tartani a biztosítotti jogviszonyt. Amennyiben a biztosított az adósságrendezési eljárás keretében úgy nyilatkozik, hogy fenn kívánja tartani a biztosítotti jogviszonyát, annak kezdete az adósságrendezési megállapodás hatálya lépését követő nap, a biztosítotti jogviszony tartalmát a csatlakozáskor megismert és elfogadott feltételek határozzák meg. Amennyiben a biztosított az adósságrendezési eljárás keretében úgy nyilatkozik, hogy nem kívánja a biztosítotti jogviszonyát fenntartani, akkor a biztosítás az adósságrendezési megállapodás hatálya lépését követő nappal megszűnik.

24.5 Egyéb rendelkezések

(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 elektronikus úton, illetve telefonszámon közölték.

(2) A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos, a szerződőhöz küldendő jognyilatkozatokat (pl. nyugdíjba vonulás bejelentése, rendes felmondás) az alábbi címre kell küldeni: OTP Bank Nyrt. Fogyasztási Hitelek Back-Office Osztály, 1725 Budapest, Pf. 44.

(3) Az OTP Bank Nyrt. a biztosítottak biztosítási szerződéshez történő csatlakozásával összefüggésben a Groupama Biztosító Zrt.-től közvetlen díjazásban részesül.

(4) A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elévülnek.

(5) Az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

25.5 Lényeges eltérés a korábban alkalmazott feltételektől

(1) A biztosító által a jelen feltételek hatálydátumát megelőzően alkalmazott GB638 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.

(2) Felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy a Groupama Biztosító Zrt. által 2017. október 1-jétől alkalmazott feltételektől a jelen feltételek eltérnek, mert a biztosító a jelen feltételeket a 2017. október 1-jétől alkalmazott feltételekhez képest az alábbiakban módosította:

- az Általános Biztosítási Feltételek 13.§-ában (A kockázat jelentős növekedése) pontosításra került mi minősül lényeges körülmények változásának, illetve kockázat jelentős növekedésének;
 - az Általános Biztosítási Feltételek 18.§-ában (A biztosítási esemény bejelentése, a biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok) pontosításra került a kárbejelentési határidő akadályoztatás esetén;
 - az Általános Biztosítási Feltételek 24.§-a (Egyéb rendelkezések) kiegészült a biztosítási szerződéssel összefüggésben a közreműködő részére nyújtott javadalmazás jellegével.
- (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

HALÁLESETI 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

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 szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában (a halál bekövetkezésének napja) az aktív kockázatviseléssel fedezett hitelszerződés(ek) alapján fennálló, az általános biztosítási feltételek 16.§ (1) a. pontjában foglaltak szerint kiszámított 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 bejelentő személytől vagy – ha a bejelentő személy a bejelentést a szerződőnél tette – a szerződőtől:

- halotti anyakönyvi kivonat és a halott-vizsgálati bizonyítvány másolata;
- boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolata;
- halotti zárójelentés (epikrizis) másolata (ha készült);
- baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült);
- a balesetet követő első ellátás dokumentációja (ha a halál baleset miatt történt);
- a betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció, orvosi igazolás a betegség első diagnosztizálásának időpontjától (ha a halál betegség miatt történt).

4.§ Maradékjogok, kötvénykölcsön

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

1-30% KÖZÖTTI VAGY 31-50% KÖZÖTTI NEM REHABILITÁLHATÓ 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) E feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből vagy betegségéből eredő egészségi állapot csökkenése, melynek következtében a biztosított 1-30% közötti vagy 31-50% közötti nem rehabilitálható egészségi állapotát állapítja meg jogerős határozatában a rehabilitációs szakértői szerv (és ezért a biztosított rokkantsági ellátásban részesül).

(2) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az a nap, amelyen rehabilitációs szakértői szerv a 1-30% közötti vagy 31-50% közötti nem rehabilitálható egészségi állapotot megállapító jogerős határozatát meghozta.

(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 szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában (ld. a fenti 1.§ (2) pontban) az aktív kockázatviseléssel fedezett hitelszerződés(ek) alapján fennálló, az általános biztosítási feltételek 16.§ (1) a. pontjában foglaltak szerint kiszámított 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 minősítésének eredményét igazoló, az egészségi állapot mértékét megállapító jogerős határozat másolatát;
- 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 a megváltozott munkaképességű személyek ellátásának megállapítására vonatkozó kérelem rehabilitációs szakértői szervhez történő benyújtása után felvett hitelekre.

BALESETBŐL EREDŐ 50%-OS VAGY AZT MEGHALADÓ MÉRTÉKŰ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS

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) E feltételek szempontjából biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből eredő legalább 50%-os egészségkárosodása. A biztosító saját hatáskörében állapítja meg az egészségkárosodás mértékét.

(2) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.

(3) E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetnek a baleset bekövetkezéséhez képest előzmény nélküli következménye(i) miatt megállapított egészségkárosodás minősül biztosítási eseménynek.

2.§ A biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a jelen feltételek szerint

megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában (ld. a fenti 1.§ (2) pontban) a kockázatviseléssel fedezett hitelszerződés(ek) alapján fennálló, az általános biztosítási feltételek 16.§ (1) a. pontjában foglaltak szerint kiszámított hiteltartozását.

3.§ A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

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

- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal komplex minősítésének eredményét igazoló, az egészségi állapot mértékét megállapító jogerős határozat másolatát (ha született ilyen határozat);
- az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok (ha vannak) és egyéb orvosi dokumentáció hiteles másolatait.

(2) A balesetből eredő egészségkárosodás mértékét a biztosító saját hatáskörében állapítja meg. Ilyen esetben a biztosító orvosa a balesetből eredő egészségkárosodás mértékét az alábbiak alapul vételével határozza meg:

Testrészek károsodása	Rokkantság foka
egyik felső végtag vállüzletől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egyik felső végtag könyöküzlet fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik felső végtag könyöküzlet alatt való teljes elvesztése vagy működésképtelensége, továbbá az egyik kéz teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
egyik alsó végtag combközépig fölött való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	70%
egyik alsó végtag combközépigig való teljes elvesztése vagy működésképtelensége	60%
egyik alsó végtag lábszár közepéig vagy egyik lábfej teljes elvesztése vagy működésképtelensége	50%
egyik lábfej boka szintjében való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási eseményt megelőzően elvesztette	45%
a beszélőképesség teljes elvesztése	60%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az izlelőképesség teljes elvesztése	5%

(3) Amennyiben a balesetből eredő egészségkárosodás mértéke a 3.§ (2) pontban szereplő táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a biztosító orvosa aszerint állapítja meg, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség a baleset következtében orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

4.§ Kizárások

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a biztosítási esemény bekövetkezését követően felvett hitelekre.

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) Biztosítási eseménynek a biztosított 30 (harminc) napot meghaladó, kizárólag a biztosított balesetéből vagy betegségéből eredő folyamatos betegállománya (keresőképtelenség) minősül. **A terhességből eredő keresőképtelenség nem minősül biztosítási eseménynek, mert a terhesség nem baleset vagy betegség.**

(2) A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 31. napja.

(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

(1) A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító – a biztosított keresőképtelenségének 31. napját követően – minden hónapban megfizeti a kedvezményezett részére az adott hitelszerződés alapján a biztosított részére nyújtott hitelkeret 5%-át (ha a keresőképtelenség kezdetekor a biztosított vállalkozó vagy munkavégzésre irányuló olyan egyéb jogviszonyban áll, amely az általános biztosítási feltételek 1.§-a alapján nem minősül munkaviszonynak, akkor – szolgáltatási kedvezményként a hitelkeret további 5%-át) azt követően, hogy az adott hónapban a biztosított által az adott hitelszerződés alapján a szerződő részére fizetendő minimális törlesztőrészlet esedékessé vált.

A vonatkozó havi szolgáltatás összege független attól, hogy a biztosított igénybe vett-e a biztosítási esemény időpontjában valamely hitelkártya részletfizetési szolgáltatást, vagy sem, az mindig az Általános Biztosítási Feltételek 16.§-a szerint kerül meghatározásra.

A biztosító térítési kötelezettsége megszűnik, ha:

- megszűnik a biztosított keresőképtelenségi státusza vagy
- az adott hitelszerződés alapján fennálló hiteltartozás – a biztosító által – teljesen visszafizetésre kerül, vagy
- megszűnik a biztosító kockázatviselése (ez a rendelkezés nem alkalmazható abban az esetben, ha a biztosító kockázatviselése díjnyomfizetés miatt szűnt meg, de a biztosítási esemény még a kockázatviselés díjnyomfizetés miatti megszűnését megelőzően következett be);
- egy biztosítási esemény kapcsán a biztosító 6 (hat) egymást követő hónapban keresztül nyújtott biztosítási szolgáltatást.

(2) Amennyiben a biztosított a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 30 napon belül a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok vagy annak következménye miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti és az újbóli keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat. 30 napon belül más okból keletkező vagy a biztosítási szolgáltatás megszűnése után több mint 30 nappal bekövetkező keresőképtelenséget a biztosító új biztosítási eseménynek tekint.

3.§ A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

(1) A biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumot kéri:

- az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány hiteles másolatát;
- a keresőképtelenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnózisának megnevezését és kódját tartalmazó orvosi igazolást;
- kórházi zárójelentés, illetve minden egyéb kórházi dokumentum másolata (amennyiben kórházi ápolás történt);
- baleseti jegyzőkönyv (ha készült).

(2) Az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű igazolást a biztosítottnak havonta kell megküldeni a biztosító részére. Az adott hónapra vonatkozó igazolást abban a hónapban, de legkésőbb az azt követő hónap 15-ig kell eljuttatni, amelyben a biztosított keresőképtelen volt.

(3) Amennyiben 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.**

4.5 Kizárások

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

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

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.

1.5 A biztosítási esemény

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

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

(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.

2.5 A biztosító szolgáltatása

(1) A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító – a biztosított álláskeresőként (munkanélküliként) történő nyilvántartásának 31. napját követően – minden hónapban megfizeti a kedvezményezett részére az adott hitelszerződés alapján a biztosított részére nyújtott hitelkeret 5%-át az követően, hogy az adott hónapban a biztosított által az adott hitelszerződés alap-

ján a szerződő részére fizetendő minimális törlesztőrészlet esedékessé vált. A vonatkozó havi szolgáltatás összege független attól, hogy a biztosított igénybe vett-e a biztosítási esemény időpontjában valamely hitelkártya részletfizetési szolgáltatást, vagy sem, az mindig az Általános Biztosítási Feltételek 16.§-a szerint kerül meghatározásra.

A biztosító térítési kötelezettsége megszűnik, ha:

- megszűnik a biztosított keresőképtelenségi státusza vagy
- az adott hitelszerződés alapján fennálló hiteltartozás – a biztosító által – teljesen visszafizetésre kerül, vagy
- megszűnik a biztosító kockázatviselése (ez a rendelkezés nem alkalmazható abban az esetben, ha a biztosító kockázatviselése díjnérfizetés miatt szűnt meg, de a biztosítási esemény még a kockázatviselés díjnérfizetés miatti megszűnését megelőzően következett be);
- egy biztosítási esemény kapcsán a biztosító 6 (hat) egymást követő hónapban keresztül nyújtott biztosítási szolgáltatást.

(2) **Álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében az újbóli szolgáltatásra való jogosultság – amennyiben a 6 (hat) havi szolgáltatás kifizetésével szűnt meg a biztosító szolgáltatási kötelezettsége – a megszűnést követő 12 (tizenkettő) havi – díjfizetéssel lefedett – időszak után nyílik újra.**

3.5 Várakozási idő

Álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetére a biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 90 (kilencven) 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, szüntették meg, a biztosító az emiatt bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4.5 A munkanélküliségi szolgáltatásra való jogosultság speciális feltételei

Olyan biztosítottak esetében, akik a csatlakozási nyilatkozat megtevételekor nem rendelkeztek legalább 6 hónapos folyamatos, a Munka Törvénykönyve szerinti határozatlan időtartamú munkaviszonnal, a biztosító csak abban az esetben nyújt szolgáltatást, ha a biztosított a munkanélkülivé válását megelőzően legalább 6 hónapig folyamatosan a Munka Törvénykönyve szerinti legalább heti 30 órás, határozatlan időtartamú munkaviszonnal rendelkezett.

5.5 A biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

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

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

(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 15-ig kell eljuttatni, amelyben a biztosított munkanélküli volt.

(3) Amennyiben a biztosított az 5.§ (2) pont szerintiakat nem igazolja a biz-

tosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettek tekinteti. A biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a biztosító nem fizet.

6.5 Kizárások

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

- a. határozott tartamú munkaviszonyra valamint a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra;
- b. olyan biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően nem állt az általános biztosítási feltételek 1.§-a szerinti munkaviszonyban, vagy az általános biztosítási feltételek 1.§-a szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszűnését, megszüntetését megelőző 6 hónap során a munkavégzése – a táppénz, illetve a munkáltató érdekkörében felmerült ok kivételével – szünetelt;
- c. a munkaviszony megszűnésére, 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 munkaviszony közös megegyezéssel történő megszüntetésére, kivéve, ha az erről szóló megállapodásban kifejezetten megemlíttésre kerül, 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;
- e. a munkaviszonynak a biztosított által kezdeményezett felmondás miatti megszüntetésére;
 - f. a munkaviszony próbaidő alatti megszüntetésére;
 - g. a munkaviszonynak a munkáltató által rendkívüli felmondással történő megszüntetésére, illetve, ha a munkáltató a biztosított magatartása miatt felmondással élt;
 - h. a munkáltató általi felmondásra öregségi nyugdíjazás, rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásra való jogosultság megállapítása miatt;
 - i. a biztosított munkaviszonyának megszüntetésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette;
 - j. a munkáltató jogutód nélküli megszűnésével megszűnt munkaviszonyra, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette;
 - k. a felmondó levél kézhezvételének napját követően felvett hitelekre;
 - l. arra a munkanélküliségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.

A biztosító a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszüntetés fenti d. pontban felsoroltak szerinti körülményre vonatkozó, de utólag kiállított igazolást nem fogad el.