

A VÉDELMEZŐ SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS FELTÉTELEI

A Védeltő személybiztosítás az OTP Bank Nyrt. (a továbbiakban: szerződő) és a Groupama Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) között létrejött csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés, amelyben a biztosító a biztosított halála, baleseti halála, baleseti rokkantsága, csonttörése, égési sérülése esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére vállal kötelezettséget.

1.5 A biztosító főbb adatai

Jelen feltételek a Groupama Biztosító Zrt., 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C, a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságán Cg. 01-10-041071 cégjegyzékszámon bejegyezve (a továbbiakban: biztosító) és az OTP Bank Nyrt., 1051 Budapest, Nádor utca 16. a Fővárosi Törvényszék Cégbíróságán a 01-10-041585 cégjegyzékszámon bejegyezve (továbbiakban: szerződő) között létrejött Védeltő csoportos biztosítási szerződésre (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést erre hivatkozva kötötték, és a jelen feltétel másképp nem rendelkezik.

2.5 Fogalom meghatározások

(1) Baleset: A biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelyből eredően a biztosított a bekövetkezéstől számított egy éven belül meghal vagy 2 éven belül végleges munkaképtelenséget, maradandó egészségkárosodást (rokkantságot) és/vagy azonnali múlékony sérülést szenved. Jelen feltételekben balesetnek minősülnek az alábbi események is, amennyiben ezek a biztosított akaratán kívül, hirtelen következnek be:

- vízbefúlás;
- égési sérülések, leforrázás, villámcsapás, elektromos áram hatásai;
- 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. Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nem baleset.

(2) Baleseti halál: a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező, balesetből eredő halála.

(3) Baleseti rokkantság: a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező, baleset okozta sérülés következtében kialakuló olyan testi-, érzékszervi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenése, mely a szokásos életvitelt korlátozza. A rokkantság mértékét a biztosító a jelen feltétel 1. számú melléklete alapján állapítja meg.

(4) Bármely okú halál: a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező halála.

(5) 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.

(6) Egészségi kockázatbírálás: A biztosító a csatlakozási jogviszony létrejöttét kockázatbírálástól teszi függővé. Ennek keretében a biztosító jogosult a csatlakozási nyilatkozaton közölt adatok ellenőrzésére, továbbá a kockázat elbírálása céljából kérdéseket feltenni a biztosított foglalkozásával, életkörülményeivel, szabadidős és sporttevékenységével kapcsolatban, valamint kérdéseket tehet fel a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban az egészségi nyilatkozaton. A biztosító az egészségi nyilatkozatot írásban, papír alapú nyomtatványon kérheti a biztosítotttól.

(7) Felölt: 18. életévét betöltött természetes személy.

(8) Gépjármű: Olyan jármű, amelyet beépített erőgép hajt. A mezőgazdasági vontató, a lassú jármű, a segédmotoros kerékpár és a villamos azonban nem minősül gépjárműnek.

(9) Gyermeke: 18. életévét még be nem töltött természetes személy.

(10) Hozzá tartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbe fogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér, a féltestvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona, testvére és a testvér házastársa.

(11) Közúti jármű: Közúti szállító- vagy vontató eszköz, amelyet nem beépített erőgép hajt, ideértve az önjáró vagy vontatott munkagépet is. Járműnek minősül a villamos, a kerékpár és a segédmotoros kerékpár is. A mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekés szék és a gépi meghajtású kerekés szék – ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekkosci és a talicska – azonban nem minősül járműnek. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

(12) 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;
- gyógyüdülő és utógondozó szanatóriumok;
- az idősek szociális otthonai és azok betegosztályai;
- a fürdő- és egyéb gyógyintézetek;
- az ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei.

(13) Ügyfél: Az OTP Bank Nyrt. forint és/vagy deviza lakossági fizetési számlával/számlacsomaggal rendelkező ügyfele.

3.5 A szerződés alanyai

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

(2) Szerződő: A csoportos biztosítási szerződés szerződője az OTP Bank Nyrt., mely a biztosítóval a csoportos biztosítási szerződést megkötö. A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos érvényes jognyilatkozatokat a szerződő teszi. **A szerződő a csoportos biztosítási szerződés tartama alatt a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat (családi csomag esetén a főbiztosítottat) köteles tájékoztatni.**

(3) Biztosított: Egy adott fizetési számlához kapcsolódóan biztosított a csatlakozási nyilatkozaton megnevezett természetes személy, akire a biztosító kockázatot vállal, és akinek a halálával, balesetével összefüggő kockázatokra a csoportos biztosítási szerződés létrejött, és aki

- megfelel a biztosítottakkal szemben támasztott követelményeknek;
- a csoportos biztosítási szerződéshez biztosítottként csatlakozik;
- rá a biztosító kockázatviselése a jelen feltételek szerint kiterjed.

A biztosított a csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozását csatlakozási nyilatkozat megtételével teheti meg.

A biztosítottra vonatkozó előírások csomagtípusonként:

- a. **Egyéni csomagok** választása esetén a biztosított az általa tett csatlakozási nyilatkozat alapján az lehet, aki
- az OTP Banknál vezetett lakossági forint és/vagy deviza lakossági fizetési számla tulajdonosa/társtulajdonosa, amelyről a biztosítás díját fizetni fogja;
 - Egyéni Életbiztosítási csomag és Egyéni Baleseti Aktív csomag választása esetén 18. életévét már betöltött, de a 66. életévét még be nem töltött személy;
 - Egyéni Baleseti Senior csomag választása esetén a csatlakozást megelőzően már betöltötte 66. életévét.
- b. Jelen csoportos biztosítási szerződésben a **családi csomagok** választása esetén a biztosító a biztosítottak között megkülönböztet főbiztosítottat és társbiztosítottakat.
- b/1. A **főbiztosított**ra vonatkozó előírások:
- annak az OTP Banknál vezetett lakossági forint és/vagy deviza lakossági fizetési számlának a tulajdonosa/társtulajdonosa, amelyről a biztosítás díját fizetni fogja;
 - 18. életévét már betöltött, de a 66. életévét még be nem töltött személy.
- b/2. A **társbiztosított**ra vonatkozó előírások:
- a főbiztosított hozzátartozója;
 - 0-66 év közötti életkorú (a 66. életévét még be nem töltött személy).

Jelen biztosítási feltételben a továbbiakban biztosított alatt – ha nincs külön fő- vagy társbiztosítottként megjelölve – a fő- és társbiztosítottat együttesen értjük.

A biztosítottra vonatkozó további előírásokat a szolgáltatáscsomagokra vonatkozó jelen feltétel 14.§ (4) és (5) pontja tartalmazza.

(4) Kedvezményezett: a kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szerződés szerint a biztosító szolgáltatására jogosult. A biztosító a szolgáltatás teljesítése előtt a kedvezményezett személyazonosságát ellenőrzi. Jelen biztosításban kedvezményezett a biztosított halála, illetve baleseti halála esetén a biztosított örököse(i), minden más biztosítási esemény esetén a biztosított.

(5) Biztosító: a Groupama Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a jelen szerződésben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

4.§ A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

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

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 biztosított (családi csomagok esetén a csomagban szereplő biztosítottakra együttesen) jutó arányos részét a szerződő – a biztosított (családi csomagok esetében a főbiztosított) által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján – át-hárítja a biztosított (családi csomagok esetében a főbiztosított)ra.

(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. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

(5) A szerződő köteles a lényeges körülmények változását (pl. egyes biztosítottak belépése a csoportos biztosításba; egyes biztosítottak biztosítási

jogviszonyának felmondása; egyes biztosítottakra vonatkozó csomagmódosítása) a biztosítóinak írásban bejelenteni a változás tudomásszerzésétől számított 31 napon belül.

(6) A biztosított köteles a lényeges körülmények változását a biztosítóinak címezve a szerződőnek (személyesen bankfiókban vagy a 22.§ (3) pontja szerinti címre) írásban bejelenteni a változás bekövetkezésétől számított 31 napon belül.

(7) A közlésre vagy változás bejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha:

- bizonyítják, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében;

- a csoportos biztosítási szerződés megkötésétől, az egyes biztosítottak esetén a biztosításhoz való csatlakozás időpontjától a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt.

(8) Ha 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) Ha a biztosító a szerződéskötést (az egyes biztosítottak esetén a csatlakozási 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 (8) és a (9) 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.

(12) 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.

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

(14) A biztosítottat kizárólag a rá vonatkozó szolgáltatás csomaggal kapcsolatos biztosítási jogviszony felmondásának a joga (ld. 12.§-ban) illeti meg.

A biztosítottat nem illeti meg

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

(15) A biztosított a csoportos biztosítási szerződésbe szerződként nem léphet be.

6.§ A biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

(1) A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, amelyhez a biztosítottak (családi csomagok esetében a főbiztosítottak) hozzájárulásukkal, azaz csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.

(2) A csatlakozni kívánó ügyfél egy adott időpontban kizárólag egy csomaghoz csatlakozhat, azaz egy csomagban (egyéni vagy családi csomagban) szerepelhet biztosítottként a csoportos biztosítási szerződésben. Amennyiben a biztosított többször csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez, a későbbi csatlakozási nyilatkozata érvénytelen. Ebben az esetben a biztosító a későbbi csatlakozásról való tudomásszerzést követő 30 napon belül az érvénytelen csatlakozás alapján fizetett biztosítási díjat visszafizeti a biztosított részére, továbbá az érvénytelen biztosítási jogviszony alapján a biztosító szolgáltatás nyújtására nem kötelezhető.

(3) A biztosító jogosult az ügyfél csoportos biztosításhoz való csatlakozási szándékát elutasítani.

(4) A biztosított az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez:

Írásbeli csatlakozási nyilatkozat útján a szerződőnél személyesen aláírt csatlakozási nyilatkozat megtételével;

Szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján:

- a szerződő által kezdeményezett és az ügyfélszolgálat által rögzítésre került telefonhívás során távbeszélő útján tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal;
- a szerződő OTPdirekt szerződést kötött ügyfele által – az OTPdirekt Telefonos ügyintézői szolgáltatások keretében, a Lakossági ügyfelek részére nyújtott OTPdirekt szolgáltatásokról szóló Hirdetmény (továbbiakban: OTPdirekt Hirdetmény) szerint – kezdeményezett és a szerződő ügyfélszolgálat által rögzítésre került 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 által – 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 (családi csomagok esetén a főbiztosított):

- kijelenti, hogy megfelel a biztosítottakkal szemben támasztott követelményeknek (ld. 3.§);
- 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 kapcsolatos – a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – adatait beszerezze, nyilvántartsa, valamint kezelje;
- felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapotával, fennálló és korábbi betegségeivel, baleseteivel összefüggő – adatoknak a biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a biztosító számára a kockázat vagy a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek.

(6) Családi csomagok esetén a csatlakozási nyilatkozatot aláíró főbiztosított nyilatkozik a társbiztosítottak nevében a csatlakozásról. A családi csomagoknál a tartam alatt is lehetőség van társbiztosítottak csatlakozására a főbiztosított által aláírt nyilatkozattal.

(7) A biztosító a biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban tett nyilatkozatait a biztosító írásban közölt kérdéseire adott válaszoknak tekinti, melyekre a biztosított közzéi kötelezettségére vonatkozó szabályok alkalmazandók.

(8) Az adott fizetési számlához igényelt biztosítás csatlakozási nyilatkozatának megtétele esetén a szerződő írásbeli visszaigazolást ad át vagy küld (távértékesítéssel csatlakozott biztosítottaknál) a biztosított (családi csomagok esetén a főbiztosított) részére arról, hogy a biztosított (családi csomagok esetén a főbiztosított) nyilatkozata alapján a biztosító kockázatviselése a biztosítottra, biztosítottakra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás).

7.§ Egészségi kockázatelbírálás

(1) Egyéni Életbiztosítási csomag és Családi Életbiztosítási csomag választása esetén a csatlakozást megelőzően, amennyiben a biztosítás bármely okú halál biztosítási esemény kapcsán választott biztosítási összege meghaladja az 5 000 000 forintot, a csoportos biztosításhoz csatlakozni kívánó ügyfél (családi csomag választása esetén minden csatlakozni kívánó felnőtt ügyfél) egészségi nyilatkozat kitöltésére köteles.

(2) Ugyancsak egészségi nyilatkozatot köteles kitölteni az a meglévő biztosított (családi csomagok esetén minden felnőtt fő- és társbiztosított), amennyiben az életbiztosítás halál biztosítási esemény kapcsán a csomagmódosítás vagy új biztosítási szorzó választás esetén a biztosítási összeg meghaladja az 5 000 000 forintot, és korábban ilyen egészségi nyilatko-

zatot a jelen csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatban nem tett. Ugyancsak egészségi nyilatkozatot köteles kitölteni az a gyermek társbiztosított Családi Életbiztosítási csomag esetén, aki betölti a 18. életévét és a 14.§ és 15.§ feltételei szerint a családi csomagba beléphet felnőtt társbiztosítottként, ahol a csomaghoz kapcsolódó biztosítási összeg meghaladja az 5 000 000 forintot.

(3) Az egészségi nyilatkozaton tett válaszai alapján a biztosító jogosult az ügyfél csoportos biztosításhoz való csatlakozási szándékát, illetve a meglévő biztosított csomagmódosítási vagy új biztosítási szorzó választási szándékát elutasítani.

8.§ Tartam

(1) A csoportos biztosítási szerződés határozatlan időtartamra jön létre a bank és a biztosító között.

A biztosítottra vonatkozóan a biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszak. A biztosítási tartam biztosítási időszakokra oszlik.

(2) A biztosítási időszak 1 hónap. A biztosítási időszak megegyezik a naptári hónapokkal, kivéve az alábbi eseteket:

- Az első biztosítási időszak az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől az adott naptári hónap utolsó napján 24 óráig tart.
- Az utolsó biztosítási időszak az adott naptári hónap első napjától az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnésének napján 24 óráig tart. Amennyiben a biztosítási fedezet kezdetének és megszűnésének hónapja megegyezik, akkor az utolsó biztosítási időszak megegyezik az első biztosítási időszakkal.

9.§ A kockázatviselés kezdete

(1) A biztosító az adott biztosított vonatkozásában a kockázatokat az adott csomagra vonatkozó csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjától függően az alábbi időpontok valamelyikétől kezdődően viseli:

- írásbeli csatlakozási nyilatkozat esetén a szabályosan kitöltött és aláírt csatlakozási nyilatkozat megtételét követő nap 0 órától;
- szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén a szerződő telefonos ügyfélszolgálatára tett – és a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített – szóbeli nyilatkozat megtételének napját követő napon 0 órától;
- a Lakossági OTPdirekt üzletszabályzata és az aktuális OTPdirekt Hirdetmény szerinti elektronikus csatornán tett nyilatkozat esetén a csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő napon 0 órától.

(2) Családi csomagok esetén, amennyiben a főbiztosított új társbiztosítottat kíván bevonni a csoportos biztosítási szerződésbe, a biztosító az új társbiztosítottra vonatkozó kockázatviselése a főbiztosított által írásban megtett nyilatkozat (és ha egészségi nyilatkozat szükséges, az egészségi nyilatkozat) szerződőhöz történő beérkezését követő biztosítási időszak első napján 0 órakor kezdődik.

(3) Csomagváltás esetén a biztosító kockázatvállalása az új csomagban szereplő kockázatokra vonatkozóan a váltás kezdeményezését követő biztosítási időszak első napján 0 órától kezdődik.

(4) Egyéni Életbiztosítási, illetve Családi Életbiztosítási csomagoknál a biztosító a nem baleseti eredetű halál biztosítási esemény tekintetében a kockázatviselés kezdetétől számítható 6 hónapos várakozási időt határoz meg. Ha a biztosított – nem balesetből eredő – halála a várakozási idő alatt következett be, akkor a biztosító sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

10.§ A kockázatviselés megszűnése

(1) A biztosító kockázatviselése az adott biztosítottra vonatkozóan az összes kockázatra megszűnik abban az időpontban, amelyek az alább felsoroltak közül leghamarabb bekövetkezik:

- ha az a fizetési számla szerződés, amelyről a biztosítási díjat fizették bármely okból megszűnik, a fizetési számla szerződés megszűnésének napján 24 órakor;
- ha a biztosítottnak (családi csomag esetében a főbiztosítottnak) abban a fizetési számla szerződésben, amelyről a biztosítási díjat fizették, bármely okból megszűnik a fizetési számla tulajdonosi/társ tulajdonosi jogviszonya, akkor a megszűnés napján 24 órakor;

- a biztosított (családi csomag esetén a főbiztosított) halálának napján 24 órákor;
 - ha a biztosított (családi csomag esetén a főbiztosított) az adott fizetési számla kapcsán a biztosított(ak)ra vonatkozó áthárított biztosítási díjat nem fizeti meg, a szerződő által a biztosítottnak (családi csomag esetén a főbiztosítottnak) küldött írásbeli felszólításban megállapított 30 napos határidő eredménytelen elteltével a határidő napján 24 órákor;
 - családi csomagok esetén, ha a főbiztosított betölti a 66. életévet, a megszűnés időpontja a főbiztosított 66. születésnapján folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napja 24 óra;
 - a biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony azonnali hatályú felmondása esetén – mely megszüntetési lehetőség csak a távértékesítési eszközön keresztül csatlakozott biztosítottak számára lehetőség – az OTP Bankhoz a 22.§ (3) pontjában közölt címre eljuttatott írásbeli felmondás beérkezésének napján 24 órákor;
 - a biztosított jogviszony rendes felmondása esetén a biztosított (családi csomag esetén a főbiztosított) az OTP Bankhoz a bank fiókjában személyesen vagy a 22.§ (3) pontjában közölt címre eljuttatott írásbeli felmondásának beérkezésének napján folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor;
 - ha családi csomagok esetében a kockázatviselés megszűnik a főbiztosítottra vonatkozóan, akkor ezzel egyidejűleg a teljes családi csomag megszűnik.
- (2) Családi csomag esetén az egyes társbiztosítottakra vonatkozóan megszűnik a biztosító kockázatviselése, amennyiben
- a teljes családi csomag megszűnik, akkor ezzel egyidejűleg a biztosító kockázatviselése is megszűnik az összes, adott csomagban levő társbiztosított vonatkozásában;
 - a társbiztosított meghal; a megszűnés időpontja a biztosított halála napján 24 órákor;
 - a társbiztosított a rá vonatkozó biztosított jogviszonyt írásban rendes felmondással mondja fel; ekkor a megszűnés időpontja annak a biztosítási időszaknak az utolsó napja 24 óra, amely során a biztosított írásbeli felmondása a szerződőhöz beérkezett;
 - a felnőtt társbiztosított betölti a 66. életévet; ekkor a megszűnés időpontja a társbiztosított 66. születésnapján folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napja 24 óra;
 - a gyermek társbiztosított betölti a 18. életévet (kivéve a 15.§ (7) pontjában foglaltak esetén); ekkor a megszűnés időpontja a társbiztosított 18. születésnapján folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napja 24 óra;
 - a főbiztosított ilyen irányú kérése esetén egyes társbiztosítottakra vonatkozóan a folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor. A társbiztosítottakra vonatkozó megszüntetési kérelmet a szerződő felé kell jelezni.

11.§ A kockázat jelentős növekedése

(1) Ha 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 11.§-ban foglaltak szerinti módosítására, vagy a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

(2) A biztosítási kockázat jelentős növekedésének minősül a statisztikai halandóság olyan jelentős mértékű növekedése, mely miatt a biztosító a biztosítási díjat a megváltozott körülményekkel arányos mértékben módosíthatja. A biztosító a szerződés módosításának jogát a biztosítóra 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 kártapasztaltnak számít az adott naptári évet megelőző és a naptári évben tapasztalt kárgyakorosság minimum 10%-os növekedése, kedvezőnek a minimum 10%-os csökkenése. Jelen feltételekben a biztosító kárgyakorosság-

nak az adott naptári évben a biztosító által végrehajtott kárkifizetések és az adott naptári évben biztosított ügyfelek átlagos számának hányadosát tekinti. 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 120 nappal megelőzően küldi meg a szerződő részére.

Ha 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 szerződésmódosítás tervezett hatályának napjára felmondani. A szerződésmódosítás elfogadása esetén a biztosítási kockázatvállalás mértékének változásáról, illetve a díjmódosításról a szerződő a változás hatályba lépése előtt legalább 60 nappal, a jelen biztosítási feltételek aktualizálásán keresztül tájékoztatja a biztosítottakat. A mindenkor aktuális biztosítási feltételek a szerződő honlapján, illetve bankfiókjaiban elérhetők.

(4) Ha 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 szerződés módosítás vagy szerződés felmondás 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 határidőkkel 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.

12.§ A biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony felmondása

A biztosítottra vonatkozó jogviszony azonnali hatályú felmondása

(1) Szóbeli vagy (OTPdirekt szerződéssel rendelkező biztosított esetében) elektronikus csatornán tett csatlakozási nyilatkozat útján történt csatlakozás esetén a biztosított (családi csomag esetén a főbiztosított) a csatlakozása folytán létrejött biztosítási jogviszonyt a biztosított (családi csomag esetén a főbiztosított) számára megküldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül a biztosítóhoz intézett, de az OTP Bankhoz a 22.§ (3) pontjában közölt címre eljuttatott írásbeli nyilatkozattal indoklás nélkül azonnali hatállyal megszüntetheti.

(2) Az azonnali hatályú felmondás az OTP Bankhoz való beérkezés napján 24 órákor lép hatályba. Azonnali hatályú felmondás esetén a kockázatviselés kezdetétől annak megszűnéséig terjedő időszakokra az adott biztosítási jogviszony kapcsán nem áll fenn biztosítási díj fizetési kötelezettség.

(3) Az azonnali hatályú felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a biztosított a 30 (harminc) napos határidő lejártá előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi a felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát.

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

A biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondása

(5) A biztosított jogosult a jelen biztosítási szerződésből fakadó biztosítási jogviszonyt rendes felmondással megszüntetni a biztosítóhoz intézett, de az OTP Bankhoz a bank fiókjában személyesen vagy a 22.§ (3) pontjában közölt címre eljuttatott írásbeli nyilatkozattal.

(6) A biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony rendes felmondása esetén a biztosító kockázatviselése a felmondó nyilatkozat megtételének idő-

pontjában folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor szűnik meg.

(7) Családi csomagok esetén, amennyiben a társbiztosított él a rendes felmondás jogával, az kizárólag a rá vonatkozó biztosítási fedezet megszűntetését jelenti, a teljes biztosítási csomag a felmondással élő társbiztosított nélkül él tovább, amennyiben az teljesíti a csomagra vonatkozó a 14.§-ban, illetve 15.§-ban közölt feltételeket. Amennyiben a csomagra vonatkozó feltételek nem teljesülnek, akkor a felmondással nem érintett biztosított(ak)ra vonatkozó szolgáltatási csomag a 15.§-ban közölt feltételek szerint módosul vagy megszűnik.

(8) A biztosító jogosult az egyes biztosítottak jogviszonyát megszüntetni naptári év végével, a naptári év vége előtt legalább 30 nappal a biztosítottnak (családi csomag esetében a főbiztosítottnak) küldött írásbeli nyilatkozattal.

A csoportos biztosítási szerződés felmondása rendes felmondás útján

(9) A csoportos biztosítási szerződést mind a szerződő, mind a biztosító jogosult a másik félhez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani (rendes felmondás). A felmondás hatálya a naptári év vége, ha a felmondás az adott naptári év vége előtt legalább 120 nappal történik, egyéb esetben a felmondás naptári évét követő naptári év vége.

(10) A csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó felmondás hatályba lépésének időpontjában biztosított személyek esetében az adott biztosított-ra vonatkozó biztosítási védelem mindaddig fennmarad, amíg a biztosított-ra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a 10.§-ban írt esetek valamelyikének bekövetkezése miatt meg nem szűnik.

13.§ A biztosítási díj, a díjfizetés módja

(1) A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke. Az adott biztosított-ra vonatkozó biztosítási díj a biztosított-ra vonatkozó szolgáltatáscsomagtól függ.

(2) A biztosítás havi, utólagos díjfizetésű, más díjfizetési gyakoriság választásra nincs lehetőség. A szerződő minden biztosítási időszakra, függetlenül annak tartamától havi díjat fizet, így az első biztosítási időszakra is teljes havi díjat kell teljesítenie a biztosító felé.

(3) A csoportos biztosítási szerződés első díját a szerződő fizeti meg. A további díjak tekintetében a szerződő az általa megfizetett havi biztosítási díjnak a biztosított-ra (családi csomag esetében a fő- és társbiztosítottakra együttesen) jutó arányos részét – a biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján – áthárítja a biztosított-ra (családi csomag esetében a főbiztosított-ra) olyan módon, hogy az áthárított díj összegével megterheli a biztosított (családi csomag esetében a főbiztosított) fizetési számláját. Az áthárításra kerülő díjrészt a szerződő számítja ki és terheli a biztosított (családi csomag esetében a főbiztosított) fizetési számlájára a biztosítási díj esedékességekor.

(4) A biztosítási díj – amelyet a 14.§ tartalmaz – a választott csomagtól, a biztosított személyek számától, a választott biztosítási szorzó nagyságától és – bármely okú halál kockázatot is tartalmazó csomag esetében – a biztosított (családi csomag esetében a legidősebb biztosított) életkorától függ, tartam közben a biztosítottak életkorának változásával (18, 36, 51 vagy 66. életév betöltése után) együtt, a 14.§-ban közöltek szerint alakul. A biztosítási szorzók segítségével a biztosított a választott csomagjában szereplő, 1-es szorzóhoz tartozó „alap” biztosítási összegeket (együttesen a csomagban szereplő valamennyi biztosítási összeget) megtöbbszörözheti. Az egyes csomagokhoz tartozó „alap” biztosítási összegeket és a választható szorzókat a 14.§ I-V. táblázatai tartalmazzák. A szorzóval növelt biztosítási összeghez tartozó biztosítási díj a 14.§ I-V. táblázataiban szereplő, az adott szolgáltatáscsomaghoz tartozó alapdíjnak és a választott szorzónak a szorzata.

(5) A családi csomagok esetén a 14.§-ban közölt biztosítási díj nem függ a csomaghoz tartozó biztosítottak számától, kivéve, ha a főbiztosított által

választott szolgáltatáscsomag biztosítottjainak száma a 14.§ (4) pontjában írt biztosított létszám korlátot meghaladja, ebben az esetben a biztosító további biztosítottanként további díjat (további biztosítottak díja) számít fel; a biztosítási díj a legidősebb biztosított életkora alapján számított csomagra vonatkozó biztosítási díj növelve a létszámkorlátot felüli biztosítottaként felszámított díjjal. **A további biztosítottak díjának mértéke a csomag díjának 25%-a biztosítottanként.**

(6) A biztosítási díj utólagos fizetésű, az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díj a következő naptári hónap 5-én (munkaszüneti nap esetén a következő munkanap) esedékes.

(7) A biztosítási díj összege forintban értendő. Devizaszámlán keresztül csatlakozott biztosítottak esetében a szerződő a tranzakció teljesítésekor érvényes OTP Bank deviza középárfolyamán átszámított ellenértét hárítja át a biztosított-ra.

(8) A biztosítási jogviszony megszűnésének esetében a biztosító a megszűnés napján folyamatban lévő biztosítási időszakra járó díj megfizetésétől eltekint, kivéve, ha a biztosított rendes felmondással él. Ha az időarányos díjnál több díjat fizettek be, a biztosító a díjtöbbletet köteles visszatéríteni.

14.§ Szolgáltatáscsomagok, biztosítási összegek

Az alábbiakban bemutatott biztosítási összegek és díjak 1-es szorzó választása mellett érvényesek.

I. Egyéni Életbiztosítási csomag

Biztosítási események	Biztosított korcsoport (év)		
	18-35	36-50	51-65
	Alap biztosítási összeg		
Bármely okú halál	1 000 000 Ft		
Baleseti rokkantság (51%-os vagy e feletti), fix összegű térítés	3 000 000 Ft		
Baleseti eredetű csonttörés	10 000 Ft		
A biztosítás havi díja biztosítottanként	690 Ft	890 Ft	1 890 Ft

Csonttörés esetén a maximális biztosítási összeg 50 000 Ft, 5-ösnél nagyobb szorzó esetén is. A biztosításhoz legfeljebb 10-es szorzó választható.

II. Egyéni Baleseti Aktív csomag

Biztosítási események	Alap biztosítási összeg
Baleseti halál	5 000 000 Ft
Baleseti rokkantság (51%-os vagy e feletti), fix összegű térítés	5 000 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés	5 000 Ft
A biztosítás havi díja biztosítottanként	790 Ft

A biztosításhoz legfeljebb 5-ös szorzó választható.

III. Egyéni Baleseti Senior csomag

Biztosítási események	Alap biztosítási összeg
Baleseti halál	5 000 000 Ft
Baleseti rokkantság (51%-os vagy e feletti), fix összegű térítés	5 000 000 Ft
A biztosítás havi díja biztosítottanként	1 290 Ft

A biztosításhoz legfeljebb 5-ös szorzó választható.

IV. Családi Életbiztosítási csomag

Biztosítási események	Mely biztosítottakra vonatkozó kockázat	A legidősebb biztosított kora (év)		
		18-35	36-50	51-65
		Alap biztosítási összeg		
Bármely okú halál	Felnőttekre	1 000 000 Ft		
Baleseti rokkantság (51%-os vagy e feletti, fix összegű térítéssel)		3 000 000 Ft		
Égési sérülés		500 000 Ft		
Baleseti rokkantság (10% alatt 5%-os térítéssel, e felett arányos térítéssel)	Gyermekekre	1 000 000 Ft		
Baleseti eredetű csonttörés	Minden biztosítottra	10 000 Ft		
A biztosítás havi díja egy csomagra		1 190 Ft	1 590 Ft	3 890 Ft

Csonttörés esetén a maximális biztosítási összeg 50 000 Ft, 5-ösnél nagyobb szorzó esetén is. A biztosításhoz legfeljebb 10-es szorzó választható.

V. Családi Baleseti csomag

Biztosítási események	Mely biztosítottakra vonatkozó kockázat	Alap biztosítási összeg
Baleseti halál	Felnőttekre	5 000 000 Ft
Baleseti rokkantság (51%-os vagy e feletti), fix összegű térítés		5 000 000 Ft
Baleseti rokkantság (10% alatt 5%-os térítéssel, e felett arányos térítéssel)	Gyermekekre	1 000 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés	Minden biztosítottra	5 000 Ft
A biztosítás havi díja egy csomagra		1 790 Ft

A biztosításhoz legfeljebb 5-ös szorzó választható.

(1) A fenti csomagok közül a biztosított az életkora alapján (a 3.§-ban szereplő, az „A biztosítottra vonatkozó előírások” pontban szereplő feltételek figyelembevételével) választhat csomagot.

(2) A jelen paragrafus I-V. táblázata az 1-es szorzóhoz tartozó biztosítási összeget tartalmazza.

(3) Családi csomagok választása esetén a főbiztosított személye nem változtatható. A főbiztosítottra és az egyes társbiztosítottakra ugyanaz a csomag és szorzó vonatkozik, a családi csomagon belül az egyes biztosítottakra vonatkozóan különböző csomag és különböző szorzó nem választható.

(4) A családi csomagot a főbiztosított mellett legalább még egy, de legfeljebb további három társbiztosított alkothat a jelen paragrafusban meghatározott biztosítási díjért, melyből egy társbiztosított lehet felnőtt.

(5) A főbiztosított emellett még további társbiztosítottakat jelölhet meg úgy, hogy az összes biztosított száma legfeljebb 10 fő lehet. A biztosító további, 13.§ (5) pontja szerinti díjat számol fel minden olyan esetben, amikor nem érvényesülnek a Családi csomag összetételére, a társbiztosítottak korára és létszámára vonatkozó, jelen paragrafus (4) pontjában leírt szabályok.

15.§ A szolgáltatás tartam közbeni változása

(1) A biztosítottnak (családi csomag esetében a főbiztosítottnak) lehetősége van a csatlakozást követően az OTP Bank fiókjában személyesen vagy az OTP Bankhoz a 22.§ (3) pontjában közölt címre eljuttatott írásbeli nyilatkozással a biztosítottakra vonatkozó biztosítási csomagot és a biztosítási szorzót megváltoztatni. Csomag és/vagy biztosítási szorzó módosítása során ugyanazokat a szabályokat kell figyelembe venni, mint a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozáskor (lásd a 3.§ A biztosítottra vonatkozó előírások csomagtipusonként szakaszában, a 6.§-ban, a 9.§ (4) pontjában, illetve a 7.§-ban szereplő Egészségi kockázatalbíralás című pontokat).

(2) A csomag és/vagy biztosítási szorzó változtatása a bejelentés szerződőhöz való beérkezésének időpontját követő legközelebbi biztosítási időszak első napján 0 órától lép életbe.

(3) Azon biztosítottak esetében, akik csomagja Egyéni Baleseti Aktív csomag, ha a biztosított betölti a 66. életévet, a következő biztosítási időszaktól rájuk az Egyéni Baleseti Senior csomag vonatkozik (a biztosítási szolgáltatás változása). A biztosítási szolgáltatás változása esetében a biztosítási szorzók változatlanok maradnak. Ez a változás érinti a biztosítás díját is, a 14.§-ban közölt Egyéni Baleseti Senior csomag díjának megfelelően.

(4) Életbiztosítási csomagok (Egyéni Életbiztosítási, Családi Életbiztosítási csomag) esetén amennyiben a biztosított (családi csomagok esetén a legidősebb biztosított) betölti az aktuális korcsoportjához tartozó maximális életkort követő életévet (36. vagy 51. életév betöltése), a következő biztosítási időszaktól az új korcsoporthoz tartozó díj fog rájuk vonatkozni.

(5) Családi Életbiztosítási csomag esetén, ha társbiztosított kilépése vagy új társbiztosított belépése következtében a csomagban lévő legidősebb biztosított életkora módosítja az aktuális korcsoporthoz tartozó díjat, akkor a családi csomaghoz tartozó biztosítottakra a következő biztosítási időszaktól az új korcsoportra vonatkozó díj lesz érvényes.

(6) Családi csomagok esetén, ha a társbiztosítottak kilépése miatt biztosítottként csak a főbiztosított maradna a csomagban, akkor a családi csomag a típusának megfelelő egyéni csomagra módosul (Családi Életbiztosítási csomag Egyéni Életbiztosítási csomagra, míg Családi Baleseti csomag Egyéni Baleseti Aktív csomagra), a családi csomagra választott szorzóval, illetve az egyéni csomaghoz tartozó biztosítási díjjal.

(7) Családi csomagok esetén, ha a gyermek társbiztosított eléri a 18. életévet és a családi csomagban még van lehetőség felnőtt társbiztosított csatlakozására (a 14.§ (4) pontja szerint), akkor a gyermek társbiztosítottból felnőtt társbiztosított lesz, és a csomag e változtatással él tovább. Amennyiben ehhez egészségi nyilatkozat kitöltése szükséges, a biztosítottnak annak a biztosítási időszaknak a végéig, amelyben a 18. születésnapját betöltötte egészségi nyilatkozatot kell tennie. Ennek hiányában a biztosított nem tud belépni a családi csomagba felnőtt biztosítottként, és a biztosító rá vonatkozó kockázatviselése annak a biztosítási időszaknak a végével szűnik meg, amelyben a 18. születésnapját betöltötte.

(8) Családi csomagok esetén, ha egy biztosított eléri a 66. életévet, a rá vonatkozó biztosítási jogviszony megszűnik. Ekkor a családi csomag a többi biztosítottal a szolgáltatáscsomagokra vonatkozó 14.§-ban közölt szabályok szerint él tovább (adott esetben a biztosítási díj változásával) vagy szűnik meg.

(9) A szerződő a korcsoportsávhöz tartozó életkorlimit elérése miatti csomagváltozásokról, illetve díjváltozásokról a csomag-, valamint díjváltozás időpontját megelőzően legalább 60 nappal írásban értesíti a biztosítottat (családi csomag esetében a főbiztosítottat).

16.§ A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

(1) A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében a választott csomagtól függően az alábbi biztosítási események tartamon belüli bekövetkezésének esetén nyújt szolgáltatást:

- bármely okú haláleset;
- baleseti haláleset;
- baleseti rokkantság;
- baleseti eredetű csonttörés;
- égési sérülés.

(2) Bármely okú halál – várakozási időn túli – bekövetkezésekor a biztosító a jelen feltételek szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítási esemény időpontjában a biztosítottra vonatkozó, aktuális csomagtól és az aktuális biztosítási szorzótól függő bármely okú halálra szóló biztosítási összeget. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál bekövetkezésének napja.

(3) Baleseti halál bekövetkezésekor a biztosító a jelen feltételek szerint megtéríti a kedvezményezett részére a biztosítási esemény időpontjában a biztosítottra vonatkozó, aktuális csomagtól és az aktuális biztosítási szorzótól függő baleseti halálra szóló biztosítási összeget. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál bekövetkezésének napja.

(4) Felnőttekre vonatkozó baleseti rokkantság esetén a biztosító 51%-os vagy azt meghaladó balesetből eredő rokkantság esetén szolgáltatja a –

balesetből eredő rokkantság fokától független – biztosítási összeget. A balesetből eredő rokkantság mértékét a biztosító saját hatáskörében állapítja meg, a 1. számú melléklet alapul vételével. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset bekövetkezésének napja. Kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetből eredő egészségkárosodás minősül biztosítási eseménynek.

(5) A gyermekekre vonatkozó, tartamon belül bekövetkező, legalább 10%-os baleseti rokkantság esetén a biztosító a baleseti rokkantságra szóló aktuális biztosítási összegből a rokkantság fokának megfelelő hányadot fizeti. A biztosító 10% alatti rokkantság esetén a baleseti rokkantságra szóló biztosítási összeg 5%-át fizeti. A balesetből eredő rokkantság fokának megállapítása az 1. számú mellékletben foglaltak szerint történik. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.

(6) A kizárólag felnőttekre szóló égési sérülésre vonatkozóan a biztosító a testfelszín legalább 20%-át érintő (harmadfokú) égési sérülés esetén az égési sérülésre vonatkozó biztosítási összeget fizet meg. A sérülés mértékét a biztosító az un. „9-es szabály” vagy a „Lund and Browder Body Surface Chart” alkalmazásával méri. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset bekövetkezésének napja.

(7) A biztosított orvosilag igazolt baleseti eredetű csonttörése, csontrepedése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott egyszeri térítési összeget fizeti ki a biztosított részére. Egy biztosítási eseményből adódóan több csonttörés, csontrepedés esetén is a biztosító egyszer – a választott csomag, illetve szorzó szerinti biztosítási összeggel – teljesít szolgáltatást. Csonttörés kockázat esetén a biztosító a biztosítási összeget 50 000 Ft-ban korlátozza – a csomaghoz tartozó, 5-nél nagyobb biztosítási szorzó választása esetén is.

(8) A biztosító egy biztosítási eseményből eredően a balesetből bekövetkező csonttörés, a balesetből eredő rokkantság, az égés, a bármely okú, illetve a baleseti halál szolgáltatások közül csak az egyik – a legnagyobb összegű térítésre jogosító – szolgáltatást teljesíti.

(9) A biztosító szolgáltatásainak teljesítése a magyar törvényes fizetőszközben, a szolgáltatásra jogosult által választott módon, banki átutalással vagy postai utalványozással történik.

(10) Postai úton történő teljesítés esetén a biztosító a szolgáltatási összegből kifizetésenként bruttó 400 Ft kezelési költséget levon. Amennyiben a jogosult kérése szerint a biztosítási szolgáltatást postai átutalással teljesíti a biztosító, a teljesítési idő a postai átfutás idejével meghosszabbodik, vagyis a teljesítést a biztosító részéről akkor kell megtörténni tekinteni, amikor a biztosítási szolgáltatás postára adása megtörtént.

17.§ 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 15 napon – akadályoztatás esetén 30 napon – 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 kérheti:

- a szerződőtől a biztosított csatlakozási nyilatkozatát;
- a biztosítási szolgáltatást igénylő személy (a biztosított vagy az általa meghatalmazott személy, illetve a biztosított örököse vagy hozzátartozója) által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt;
- balesetből eredő rokkantság, csonttörés/csontrepedés, valamint égési sérülés esetén az ezt igazoló iratot;
- a biztosítási esemény bekövetkeztével, és annak következményeivel kapcsolatos kezelőorvosi orvosi dokumentációkat, orvosi vizsgálat eredményeit, orvosszakértői véleményezéseket;

- a közlési kötelezettség vizsgálatához a kezelőorvosi, orvosi dokumentációkat, orvosi vizsgálat eredményeit, orvosszakértői véleményezéseket;
- a 18.§, illetve a 19.§-ban meghatározott mentesülési esetek és kizárt kockázatok ellenőrzéséhez szükséges dokumentációkat;
- hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó iratokat;
- baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült;
- ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.

Az okiratok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik, beleértve az előírt orvosi és hatósági eljárásokra vonatkozó iratok, dokumentációk hiteles magyar nyelvű fordítását.

- Bármely okú halál illetve, baleseti halál esetén: halotti anyakönyvi kivonat és a halott-vizsgálati bizonyítvány másolatát; boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolatát; halotti zárójelentés (epikrízis) másolatát (ha készült);
- baleseti rokkantság esetén: 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 rendszerezett nyomtatványok, jogerős határozatok (ha vannak) és egyéb orvosi dokumentáció hiteles másolatait.

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

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

18.§ Mentesülések

(1) A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékos magatartása idézte elő.

(2) A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha:

- bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékosan vagy gondatlan magatartásával a szerződő fél vagy a biztosított, vagy a velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta;
- a szerződő fél vagy a biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségét megszegi.

(3) A fentiekben túl nem baleseti eredetű haláleseti szolgáltatás esetén a szerződés a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg, ha a biztosított:

- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben halt meg;
- a csatlakozástól számított 2 éven belül elkövetett öngyilkosság következtében halt meg.

19.§ Kizárás

(1) A biztosító nem teljesít szolgáltatást az alábbi esetekben:

- a biztosított súlyosan ittas állapotával (2,51 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) okozati összefüggésben bekövetkező eseményekre;
- kábítószer vagy bódító hatású anyag, továbbá nem orvos által előírt gyógyszer fogyasztása miatti tudatzavar vagy a belátási képesség csökkenése miatt bekövetkező biztosítási eseményekre;
- a 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 puccskíséret, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény;
- felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal, ide nem értve a belföldön hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése során bekövetkező biztosítási eseményeket;

- d. a repülőeszközök, továbbá ejtőernyő (ideértve az ugrót szállító légi eszközt is) használatából eredő biztosítási eseményekre, kivéve az olyan baleseteket, amelyeket a biztosított személy légi jármű utasaként, a polgári légi forgalomban engedélyezett járművön vagy személyforgalomban engedélyezett és kijelölt katonai légi járművön polgári utasként szenved el; ahol utasnak az minősül, aki a légi járműnek nem üzembentartója és nem tartozik a személyzethez;
- e. ha a biztosítási esemény gépi erővel hajtott szárazföldi vagy légi, vagy vízi járművel országos vagy nemzetközi sportversenyen történő részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) keretében következik be;
- f. a motoros járművek versenyén (edzésein) a nézőt érő balesetekre, és az ebből eredő egyéb biztosítási eseményre, ha a néző nem a szervezők által kijelölt helyen tartózkodik, ideértve a teszt-túrákat és a rally versenyeket is;
- g. az országos és nemzetközi síugró, bob, síbob versenyeken (edzéseken) a nézőt érő balesetekre és az ebből eredő egyéb biztosítási eseményre, ha a néző nem a szervezők által kijelölt helyen tartózkodik;
- h. arra a biztosítási eseményre, amely a biztosított vezetői engedély vagy más szükséges hatósági engedély nélküli, vagy ittas állapotban történt vasúti, légi, vízi, közúti jármű és gépjármű vezetése közben, azzal okozati összefüggésben következett be, ideértve a nem közforgalmi úton történt gépjárművezetést is;
- i. az atomenergia, illetve az ionizáló sugárzás hatásával összefüggő biztosítási eseményekre, kivéve a balesetből eredő biztosítási eseményre szóló szolgáltatásokat akkor, ha az indítók biztosítási esemény;
- j. mentális- és viselkedészavarokkal összefüggésben bekövetkező biztosítási eseményekre;
- k. amennyiben a biztosítási esemény a biztosított alábbi pontokban felsorolt foglalkozásával, tevékenységével okozati összefüggésben következett be:
- robbantómester;
 - cirkuszművész;
 - ipari alpinista, épületek homlokzatának tisztítója;
 - tűzszerész;
 - állatkerti gondozó;
 - ragadozó állatokat tartó;
 - vadász, vadtenyésztő;
 - bármely védelmi alakulat különleges egységei (kommandósok is);
- l. öncsonkításból vagy annak kísérletéből eredő biztosítási eseményekre.
- m. A biztosító nem köteles fedezetet vállalni, vagy jelen szerződési 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.
- (2) Az (1) pontban foglaltakon felül a biztosító nem teljesít szolgáltatást nem balesetből eredő halálesetkor:
- a. a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre;
- b. ha a biztosítási eseményt öngyógyítás okozta;
- c. ha a biztosítási esemény nem orvosi szakvégtzettségű személy általi kezeléssel összefüggésben következett be;
- d. esztétikai vagy kozmetikai céllal végzett kezelésekből, plasztikai sebészeti beavatkozásokból és kórházi ápolásból, valamint orvosiilag nem indokolt műtétekből, kórházi ápolásból és gyógyító eljárásokból eredő biztosítási eseményekre;
- e. ha a biztosítási esemény a biztosított HIV vírus fertőzöttsége, AIDS betegsége miatt következett be;
- f. amennyiben a szerződés létrejöttét a biztosított egészségi álla-

potára vonatkozó kérdés feltétele, illetve egészségi nyilatkozat kitöltése, vagy egészségi kockázatbírálás nem előzi meg, úgy a biztosító nem nyújt szolgáltatást olyan eseményre, amely a szerződés kockázatviselésének kezdete előtt diagnosztizált, rendszeres orvosi kezelést vagy rendszeres orvosi ellenőrzést igénylő betegséggel, vagy bekövetkezett balesetekkel, illetve az ezekből eredő egészségkárosodással okozati összefüggésben a szerződés fennállásának első öt évében következik be.

(3) Az (1) pontban foglaltakon felül a biztosító nem teljesít szolgáltatást baleseti halál, baleseti rokkantság, baleseti csonttörés és égés szolgáltatásból eredő biztosítási eseménykor:

- a. a biztosított által végzett (vagy végeztetett) gyógyeljárásokból, beavatkozásokból fakadó következményekre, ha indítóokuk nem biztosítási esemény;
- b. ha a biztosított későn fordult orvoshoz, és ezért az elváltozást már gyógyszeres kezeléssel nem, csak műtéttel lehetett befolyásolni, vagy kórházi ápolásra szorult, és a biztosítási esemény nem halál;
- c. a 22.§ (1) pontban felsoroltakon túl baleseti okú biztosítási esemény címén szívinfarktus, epilepszia és agyvérzés miatti halálos balesetekre;
- d. a biztosítási eseményt előidéző baleset előtt bármely okból sérült, csonka, nem ép vagy funkciójában korlátozott testrészek, szervek a biztosításból ki vannak zárva;
- e. bármely csontbetegség (pl. csont- és porcdaganat bármely formája) következtében létrejött patológiás csonttörés, csontvelőgyulladás (osteomyelitis), súlyos csonttrikuláz (osteoporosis), csontlágyulás (osteomalacia), illetve azok szövődménye közvetve vagy közvetlenül részben vagy egészben közrehatottak a biztosítási esemény bekövetkeztében.

20.§ Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

(1) A biztosítottat a baleseti, illetve betegségből eredő biztosítási esemény bekövetkezése esetén kárenyhítési kötelezettség terheli. Ennek értelmében:

- A biztosított a kár megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ezt az elvárhatósági követelményt kell támasztani a jelen paragrafus (3) bekezdésében meghatározott esetben is.
- A biztosított a biztosító előírásai és a káresemény bekövetkezésekor adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.

(2) A kárenyhítés szükséges költségei a biztosítási összeg keretei között akkor is a biztosítót terhelik, ha a kárenyhítés nem vezetett eredményre.

(3) A szerződő és a biztosított kárenyhítési kötelezettsége különösen:

- A betegség első orvosi diagnosztizálását követően, illetve a baleset után haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni kell.
- Gondoskodni kell továbbá a megfelelő ápolásról, s általában törekedni kell a biztosítási esemény következményeinek lehetőség szerinti elhárítására, illetve enyhítésére.

21.§ Egyéb rendelkezések, maradékjogok, értékkövetés

A biztosítási szerződés nem díjmentesíthető, nem vásárolható vissza, nyereségrészesedésre nem jogosít. A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítás vonatkozásában a biztosító kötvénykölcsönt nem nyújt. A biztosító jelen biztosítási szerződés keretein belül értékkövetésre nem nyújt lehetőséget.

22.§ Záró rendelkezések

(1) A biztosításból eredő igények elévülési ideje 2 év.

(2) A jelen feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés vonatkozásában az alkalmazandó jog a magyar jog. A jelen feltételekben nem szabályozott kérdések vonatkozásában a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók. A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adójogi kérdésekben a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény, a társasági adóról és osztá-

lékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény, és az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

(3) A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos, a szerződőhöz küldendő jognyilatkozatokat (pl. rendes felmondás) a biztosított az alábbi címre kell küldeni: OTP Bank Nyrt. Betétadminisztrációs és Hatósági Megkeresések Központ, 8901 Zalaegerszeg, Pf. 1026.

23.§ Tudnivalók

A személyes adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati 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 helyreállításához 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 végrehajthatja.
- 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 tenyérnyomat, DNS-minta, íriszkép) rögzítése.
- f. **Adattovábbítás:** az adat meghatározott harmadik személy számára történő hozzáférhetővé tétele.
- g. **Adatfeldolgozás:** az adatkezelési műveletekhez kapcsolódó technikai feladatok elvégzése, függetlenül a műveletek végrehajtásához alkalmazott módszertől és eszköztől, valamint az alkalmazás helyétől, feltéve, hogy a technikai feladatot az adatokon végzik.
- h. **Adatfeldolgozó:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely szerződés alapján – beleértve a jogszabály rendelkezése alapján történő szerződéskötést is – személyes adatok feldolgozását végzi.
- i. **Harmadik személy:** olyan természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely nem azonos az érintettel, az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval.
- j. **Infotv.:** az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény.
- k. **Biztosítási titok:** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő 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 mást 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;

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 megítéléséhez 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 megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. A fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést a biztosításközvetítő csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. 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 „Tudnivalókban”, illetve a szerződésben meghatározottak szerinti kezeléséhez.

(3) A kezelt adatok meghatározása (biztosítási titkokörök)

- a. Az ügyfél személyi adatai, a nem természetes személyek adatai;
- b. a biztosított vagyontárgyak jellemző adatai és értéke, a kockázatelbírálás adatai;
- c. élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosításnál az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- d. a kifizetett biztosítási szolgáltatás és kártérítés összege, a kifizetés ideje;
- e. 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. a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad;
- b. a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn;
- c. a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója 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. a feladatkörében eljáró Felügyelettel;
- b. a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel;
- c. büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal;
- d. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel;

- e. a Bit. 138.§ (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal;
 - f. a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal;
 - g. a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal;
 - h. a feladatkörében eljáró gyámhatósággal;
 - i. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel;
 - j. törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel;
 - k. a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal;
 - l. 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;
 - m. az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval;
 - n. 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 kárképviseelővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval;
 - o. a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval;
 - p. 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;
 - q. a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával;
 - r. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal;
 - s. a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló miniszteri rendeletben meghatározott kártörténeti adatra 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 szemben, ha az a.-j., n., s. és t. 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, bünszövegetben 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, bünszövegetben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel

van összefüggésben.

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

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során 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 szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

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

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő to-

vábbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

4.6. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg; fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti 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 kapcsolatos 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 biztosítóval megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok, valamint a megkeresett biztosítóval megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához 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 adatfeldvételkor, 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 járművekkel összefüggő felelősségbiztosítási ágazatba tartozó biztosítások esetében – ez utóbbiaknál a károsult előzetes hozzájárulása nélkül is – lehet kérni másik biztosítótól a járműazonosító adatok (rendszám, alvázszám) 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 tényről 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 idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megíúsulásával 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 érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve kötelező adatkezelés esetén;
- ha a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik, valamint
- törvényben meghatározott egyéb esetben.

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

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 Információs szabadság Hatóság az adatkezelő személyes adatokra vonatkozó adatkezeléseiről az érintettek tájékozódásának elősegítése érdekében hatósági nyilvántartást vezet (adatvédelmi nyilvántartás). A biztosító által bejelentett adatkezeléseket a Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóság NAIH – 59292-59318/2012., NAIH – 78398/2014., NAIH – 83015/2015., NAIH – 83727-83733/2015., NAIH – 100950/2016. 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 ügyfeleink 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 előállítás, 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 képviselte
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 ingyenesen hívható telefonszám: +36 80 203 776, központi fax: +36 1 489 9102, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu.

A Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXIII. törvényben foglalt fogyasztóvédelmi 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 ingyenesen hívható telefonszám: +36 80 203 776, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) eljárását kezdeményezheti. 2016. október 15-től bármelyik kormányablakban is lehetősége van pénzügyi fogyasztóvédelmi panasz, közérdekű beje-

lentes 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 eljárásán 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 a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadóak. 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 tájékoztató 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 köteles 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.

24.5 Távértékesítési tájékoztató szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján vagy elektronikus csatornán tett csatlakozási nyilatkozat útján létrejött biztosítási jogviszony esetén

(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 megrendelőlappal, 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 tájékoztatói kötelezettségére, valamint a fogyasztó szerződéstől való elállási (felmondási) jogának gyakorlására, amelyekről az alábbiakban tájékoztatjuk. A biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény által előírt szerződéskötést megelőző tájékoztatást a jelen biztosítási feltételek formájában teljesít, így a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatásokról rendelkező törvényben meghatározott azonos tartalmú tájékoztatói 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 jelen 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 12.§-ában foglaltak szerint jár el.

1. sz. melléklet

Balesetből eredő rokkantsági fok megállapítása

(1) A szerződés tartama alatt bekövetkező balesetektől eredő maradandó baleseti sérülések mértékei (rokkantsági fokok) összegződnek.

(2) A rokkantság fokát az alábbi táblázat szerint kell megállapítani:

Testrészek károsodása	Rokkantság foka
egyik felső végtag vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egyik felső végtag könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik felső végtag könyökizület 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 ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

(3) A tartós balesetből eredő rokkantságot és annak mértékét a biztosító orvosa állapítja meg. Az elbírálás során, a biztosító orvosának döntése, valamint a biztosító szolgáltatása a társadalombiztosítási eljárástól és annak eredményétől független.

(4) A táblázatban felsorolt érzékszervek vagy testrészek részleges elvesztése vagy károsodása esetén a balesetből eredő rokkantság fokát a biztosító orvosa ennek megfelelő mértékben állapítja meg.

(5) Az érzékszervek működőképességének részleges elvesztése esetén, a szolgáltatást legfeljebb a megfelelő rokkantsági fok 75 százalékában lehet meghatározni.

(6) Ha a rokkantság foka a táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a biztosító orvosa állapítja meg.

(7) Egy balesetből fakadó több sérülés esetén, a szolgáltatás teljesítése során a rokkantsági táblázat, valamint a (4), (5) és (6) bekezdések alapján adódó százalékok összegzésre kerülnek.

(8) A balesetből eredő rokkantság végleges fokát a biztosító a baleset bekövetkezése után legkésőbb 2 évvel állapítja meg.

(9) A rokkantság fokának megállapításával kapcsolatban a biztosított panasszal élhet és kérheti a döntés független orvosokból álló bizottság (Független orvosi bizottság) általi felülvizsgálatát.

(10) Független orvosi bizottság: Azokban az esetekben, amelyeket a különös feltételek a biztosító (vagy általa kijelölt) orvosának hatáskörébe utal, a biztosított (vagy a kedvezményezett) panasszal élhet, és a döntés független orvosokból álló bizottság általi felülvizsgálatát kérheti. Független orvosi bizottság vizsgálatát és állásfoglalását a biztosító is kérheti.

Az orvosi bizottság létszáma változó, azt az eset körülményei alapján a biztosító állapítja meg. Összetételére mindkét fél javaslatot tesz a létszám 50–50%-a erejéig, elnökét a felek közös megegyezéssel bízzák meg.

A biztosított köteles alávetni magát a bizottság által előírt vizsgálatoknak, valamint a baleset következményeinek enyhítésére vonatkozó utasításainak. Az orvosi bizottság ügyrendjét saját maga állapítja meg. A bizottság működéséről jegyzőkönyvet készít, döntéséről határozatot hoz. E dokumentumokba az ügyfél betekinthez.

Az orvosi bizottság működésének költségeit a bizottság maga állapítja meg. Az orvosi bizottság eljárásával kapcsolatos költségeket az a fél viseli, akinek érdekében állt az összehívása. Amennyiben a szerződő vagy a biztosított kezdeményezte az eljárást, és az orvosi bizottság a javára döntött, a költségeket a biztosító fizeti.