



CSOPORTOS BALESET-, ÉLET- ÉS EGÉSZSÉG- BIZTOSÍTÁS (X2000)

Általános és kiegészítő feltételei

Hatályos: 2025. október 1-től

CSOPORTOS BALESET-, ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK (ÁSZF)	2
1. A biztosítási szerződés alanyai	2
2. A biztosítási esemény, biztosítási szolgáltatások	3
3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete, várakozási idő	3
4. A biztosítási időszak, biztosítási évforduló, a szerződés megszűnésének esetei	4
5. A biztosítási díj és a biztosítási összeg, késedelmes díjfizetés	4
6. Biztosítás módosításnak esetei, létszámmódosítás	5
7. Újra érvénybe helyezés (reaktiválás)	5
8. Fedezetfeltöltés	5
9. Maradékjogok, nyereségrészesedés, indexálás (értéknövelés)	5
10. A szerződés területi hatálya	5
11. Közlési és változás bejelentési kötelezettség	5
12. Titoktartási kötelezettség, titokvédelemmel kapcsolatos előírások	6
13. A személyes adatkezelésre vonatkozó tudnivalók	12
14. A biztosítási védelemből kizárt kockázatok	12
15. A kockázatviselés korlátozása	14
16. A biztosító mentesülése a biztosítási összeg kifizetése alól	15
17. A biztosítási esemény bejelentése	15
18. A biztosítási szolgáltatás kifizetéséhez szükséges iratok	15
19. A szolgáltatás kifizetése	17
20. Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók	17
21. Elévülés	19
22. Egyéb rendelkezések	19
KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK	
Baleseti halál	21
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	22
Baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodás	25
Bármely okú kórházi napidíj	27
Baleseti eredetű plasztikai műtetre	30
Égési sérülési térítés	31
Baleseti gyógyulási támogatás	32
Baleseti keresőképtelenség	33
Bármely okú keresőképtelenség (15 napos) egyszeri térítéssel	34
D-e rokkantsági kiegészítő	35
C2 rokkantsági kiegészítő	36
Kiemelt kockázatu (kritikus) betegségekre vonatkozó kiegészítő feltételek	37
I. SZÁMÚ MELLÉKLET	
Biztosítási fedezetek és biztosítási összegek táblázat	39
II. SZÁMÚ MELLÉKLET	
Az elektronikus kommunikáció igénybevételének feltételei	40
FÜGGELÉK	
Adatkezelési tájékoztató	41

CSOPORTOS BALESET-, ÉLET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS SZERZŐDÉSI FELTÉTELEK (ÁSZF)

Jelen általános szerződési feltételek, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.), és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit.) szabályai alapján jöttek létre. Jelen feltételek szerint létrejövő biztosítási szerződésre a magyar jog az irányadó.

Jelen szerződési feltételek egyben a Bit. 4. számú melléklete A) részének megfelelő ügyféltájékoztatónak is minősülnek. Az ügyféltájékoztatónak minősülő részek dőlt betűvel szedettek.

A biztosító mentesülésének szabályai, a biztosító szolgáltatása korlátozásának a feltételei, az alkalmazott kizárások, a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó egyéb rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő feltételek dőlt és vastagított betűvel szedettek.

Társaságunk cégneve: SIGNAL IDUNA Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság

Székhelye: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Tulajdonosa: SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft (Németország)

Adószáma: 10828704-2-44

KSH száma: 10828704-6511-114-01

Bejegyezve a Fővárosi Bíróságon, mint Cégbíróságon a Cg. 01-10-042159 szám alatt

Adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-87194/2015

Központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Telefon: (+36 1) 458 4200

Egyéb elérhetőség: info@signal.hu, www.signal.hu

Felügyeleti hatóság: a pénzügyi közvetítőrendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bank

Felhívjuk figyelmét, hogy a Ptk. 6:7§ (4) bekezdése alapján az írásra, illetve olvasásra való képesség hiánya esetén (látássérült állapot okán) a szerződés érvényességéhez további követelmények teljesülése szükséges.

Ügyfeleinknek lehetősége van a biztosító felé (írásban vagy telefonon keresztül) jelezni az esetleges, a fogyatékkal összefüggő speciális igényeit. Kérjük, jelezze ennek fennálltát a biztosítónak vagy biztosításközvetítőjének.

A bejelentéshez használható formanyomtatvány a www.signal.hu oldalon található.

A szerződési feltételek a létrejövő Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek, feltéve, hogy a szerződést a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételekre (továbbiakban: ÁSZF) hivatkozással kötötték. Nem alkalmazandók az ÁSZF egyes pontjai akkor, ha azok alkalmazását az egyes kiegészítő feltételek kifejezetten kizárják.

1. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1.1. Szerződő: a biztosítóval szerződést kötő fél, aki a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal és a szerződéssel kapcsolatosan a jognyilatkozatok megtételére jogosult. Szerződő jelen biztosítási szerződés tekintetében kizárólag Magyarországon bejegyzett jogi személy lehet.

Ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni.

Biztosítási szerződést az köthet, aki valamely vagyoni vagy személyhez fűződő jogviszony alapján a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy aki a szerződést az érdekelt személy javára köti meg.

1.2. Biztosított: az a legalább 18 éves, de legfeljebb 65 éves korú természetes személy lehet; aki magyarországi állandó lakcímmel rendelkezik, magyar állampolgárságú, és akivel kapcsolatban a kockázatviselési időszakon belüli biztosítási fedezetekre, a szerződési feltételeiben vállalt biztosítási események bekövetkezése esetén a biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.

Biztosított csak az a személy lehet, aki aláírta a „Biztosított nyilatkozatot”.

A „Biztosított nyilatkozat” az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosított hozzájárulását a szerződés hatályának reá történő kiterjesztéséhez, a biztosított jogaira és kötelezettségeire vonatkozó tájékoztatást, így különösen a hatóságokra, intézményekre vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli felmentést. A „Biztosított nyilatkozat” a szerződés részét képezi.

Az erre vonatkozó dokumentumokat a szerződő, illetve a képviselője a biztosítottól köteles átvenni, azt megőrizni és káresemény esetén annak eredeti példányát a biztosító rendelkezésére bocsátani.

Azon biztosított személyek esetében, akik a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában már betöltötték a 65. életévüket, a biztosító szolgáltatást nem teljesít. A befizetett biztosítási díjat a jelen szerződési feltételek 5. pontjában leírtaknak megfelelően visszafizeti.

A biztosított a szerződés megkötéséhez adott hozzájárulását visszavonhatja, ebben az esetben, a rá vonatkozó biztosítási védelem megszűnik, a 4.3.1/ c. pontban foglaltak szerint.

Jelen szerződés esetében a biztosított a szerződésbe szerződőként nem léphet be.

Jelen biztosítási szerződésben a szerződő és a biztosított személye különválnak.

A biztosított személy belépési korát a biztosító úgy határozza meg, hogy a szerződés kezdetének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

A biztosított személy biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában számított életkorát a biztosító úgy számolja ki, hogy a biztosítási esemény bekövetkeztének évszámából levonja a biztosított születésének évszámát.

Nem lehet biztosított aki:

- a magyar társadalombiztosítási szerv határozata alapján bármilyen fokú maradandó egészségkárosodással bír,
- vérzékeny, véralvadásgátló kezelésben részesül,
- dialízis kezelésben részesül,
- Alzheimer-kórban szenved,
- vasculáris demenciában szenved,
- mániás depressziós/bipoláris affektív zavarban szenved,
- skizofrén,
- Parkinson-kórban szenved,
- diagnosztizált sclerosis multiplex betegségben szenved,
- diagnosztikai vizsgálattal alátámasztottan demielinizációs tünetekkel rendelkezik,
- Myasthenia gravis megbetegedésben szenved,
- HIV-fertőzött,
- sokizületi gyulladásban szenved,
- csontritkulás megbetegedésben szenved,
- egyensúlyi zavarban szenved,
- vak,
- epilepsziás megbetegedésben szenved,
- SLE betegségben szenved,
- aki a biztosítás megkötését megelőző egy évben 180 napban olyan balesetet szenvedett, amely miatt szakorvos által igazoltan 30 napot meghaladóan keresőképtelen állományban volt.

1.3. Kedvezményezett: a biztosító szolgáltatására jogosult természetes személy.

- Elhalálozás esetén az elhunyt biztosított örököse.
- Egyéb esetben a biztosított személy maga.

A biztosító a haláleseti szolgáltatás/ok összegét a hagyatéki végzésben feltüntetett örökösödési arányban fizeti ki az örökös(ök)nek.

1.4. Fogyasztó: olyan természetes személy, aki önálló foglalkozása, üzleti tevékenysége körén kívül jár el.

2. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

2.1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

2.1.1. Jelen szabályzat szempontjából biztosítási eseménynek minősülnek a kiegészítő biztosítási feltételekben részletesen meghatározott események.

2.1.2. Biztosítási esemény kizárólag a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, váratlan betegség vagy baleset, illetve ezek következménye.

2.1.3. Baleset fogalma: jelen biztosítási szerződés szempontjából balesetnek minősül a biztosított akaratán kívül fellépő, olyan, egyszeri hirtelen külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.

Jelen biztosítási szerződés feltételei szempontjából nem minősül balesetnek a betegségből eredő sérülés, a megemelések, a rándulás, habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés és a hőguta.

2.1.4. Betegség: jelen biztosítás szempontjából betegség az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot

2.1.5. Kórház: jelen feltételek szempontjából kórháznak minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.

2.2. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában az adott biztosítottra érvényes biztosítási csomagban foglaltaknak megfelelő, – valamint a kiegészítő feltételekben részletezett – mértékű szolgáltatást teljesít, amennyiben a biztosított személy életkora a biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában a 65 évet nem haladja meg.

3. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, HATÁLYBALÉPÉSE, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, VÁRAKOZÁSI IDŐ

3.1. A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre úgy, hogy a szerződő ajánlatot tesz a biztosítónak a szerződés megkötésére. A Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához – ha a szerződő fél és a biztosított nem azonos – a biztosított vagy törvényes képviselőjének írásbeli hozzájárulása szükséges.

A szerződés létrejön, ha a biztosító az ajánlat alapján biztosítási kötvényt állít ki.

3.2. A biztosítási szerződés akkor is létrejön – a biztosítási ajánlatba foglalt tartalommal –, ha a biztosító az ajánlatra, az ajánlat a biztosító vagy képviselőjének történő átadásától számított 15 napon belül – ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi vizsgálatra van szükség, 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a biztosító által rendszeresített ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették.

3.3. Jelen szerződés tekintetében a biztosító egészségügyi kockázatfelbírálást nem alkalmaz.

3.4. Ha a kötvény a szerződő fél ajánlatától eltér, és az eltérést a szerződő fél a kötvény kézhezvételét követően 15 napon belül nem kifogásolja, a szerződés a kötvény szerinti tartalommal jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a biztosító az eltérésekre a szerződő fél figyelmét legkésőbb a kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a szerződés az ajánlat tartalmával jön létre. A lényeg-

ges eltérésre a biztosító a kötvény megküldésekor a szerződő figyelmét írásban felhívja. Ha a felhívás elmarad, akkor az ajánlat tartalmának megfelelően jön létre a szerződés.

3.5. A szerződő és a biztosított nyilatkozatai, valamint a biztosító által feltett kérdésekre adott válaszai az ajánlat részét képezik.

3.6. Érvényesen létrejött szerződés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat aláírást követő hónap 1. napjával kezdődik. Ez a nap a biztosítás technikai kezdete. Ha a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, akkor a kockázatviselés a halasztásban megjelölt időpont 0. órájakor kezdődik.

3.7. A biztosítási szerződés csak abban az esetben jön létre, ha a biztosítottak létszáma eléri a 10 főt. Egy biztosítási szerződésen belül csak egy csoport hozható létre.

3.8. A szerződés hatálybalépésének feltétele, hogy a szerződő az ajánlat aláírásával egyidőben a biztosítottak adatait tartalmazó (minimálisan: biztosított neve, anyja neve, születési dátuma, mely biztosítási csomag érvényes az adott biztosítottra) listát elektronikus formában (xls, xlsx, csv) a biztosító rendelkezésére bocsássa.

3.9. A biztosító jelen biztosítás vonatkozásában várakozási időt nem alkalmaz.

4.A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK, BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ, A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSÉNEK ESETEI

4.1. A biztosítás tartama határozatlan, a biztosítási időszak 1 év, mely évenként automatikusan újabb 1 évre meghosszabbodik, kivéve, ha bármelyik szerződéses fél (a szerződő vagy a biztosító) az évforduló előtt legalább 30 nappal írásban ellenkező értelmű nyilatkozatot tesz.

4.2. A biztosítási évforduló a minden naptári évben a biztosítás technikai kezdetének megfelelő naptári nap.

4.3. A biztosítási szerződés megszűnésének esetei

4.3.1. Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosító kockázatviselése megszűnik az alábbi esetekben:

- a) a biztosított halála esetén a halál időpontjával,
- b) a felek felmondásával a 4.1. pontban írtak szerint,
- c) a biztosított „Biztosított nyilatkozatának” visszavonásával, a nyilatkozat visszavonását követő hónap 1. napjának 0. órájával,
- d) a kilépő biztosított vonatkozásában a biztosítotti jogviszonyt megalapozó körülmény megszűnésére vonatkozó változás bejelentés (6. pont) biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap 1. napjának 0. órájától,
- e) amennyiben a szerződő azt írásban kezdeményezi, az igény biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap 1. napjának 0. órájától,
- f) a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben és módon.

4.3.2. A biztosítási szerződés megszűnésének egyéb esetei:

- a) díj nemfizetés miatt, a jelen feltétel 5. pontjában leírtak szerint,
- b) ha a szerződő jogutód nélkül megszűnik, a megszűnés napját követő hónap 1. napjának 0. órájakor,

c) a biztosítási szerződés szerződő vagy biztosító általi felmondásával. A biztosítási szerződést érvényesen a biztosítási évforduló napjával – legkésőbb a biztosítási év végét megelőző 30 nappal – írásban lehet felmondani.

d) Amennyiben a szerződésben már csak egy biztosított szerepel, úgy ezen, biztosított személy elhalálozásával. A szerződő nem követelheti a befizetett díjak visszafizetését.

4.3.3. Ha valamelyik biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt válik biztosíthatatlanná, az adott biztosítási időszak utolsó napjával megszűnik a biztosító kockázatviselése az érintett biztosítottra vonatkozóan. Ezen időszakban a biztosító teljesítési kötelezettsége csak akkor áll fenn, ha a biztosítási esemény bekövetkezése és a biztosított állapota között nincs ok-okozati összefüggés.

5. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ ÉS A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG, KÉSEDELMES DÍJFIZETÉS

5.1. BIZTOSÍTÁSI DÍJ

5.1.1. Az aktuális díj minden esetben a biztosító birtokában lévő, aktuális biztosított létszám alapján kerül meghatározásra és előírásra. A biztosítás mindenkor érvényes díja a választott biztosítási fedezetektől, a biztosítási összegektől, a díjfizetés gyakoriságától és a biztosítottak létszámától függ.

5.1.2. A biztosítási díj fizetése folyamatos. A folyamatos díj éves díj, a biztosítóval történt megállapodás alapján azonban fizethető féléves, negyedéves és havi részletekben is. Részletfizetés esetén a biztosító pótdíjat számíthat fel.

5.1.3. Az első díjfizetési időszakra szóló díj a szerződés létrejöttkor, minden későbbi díj pedig annak a biztosítási időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

5.1.4. Ha a szerződő az első díjat a szerződés hatálybalépése előtt befizeti, ezt az összeget a hatálybalépés időpontjáig a biztosító kamatmentes előlegként kezeli.

Amennyiben a szerződő fél által fizetett biztosítási díj nem éri el a biztosítási szerződésben meghatározott rendszeresen fizetendő biztosítási díj mértékét, úgy azt a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

5.1.5. A szerződő a biztosítás díját a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. bankszámlaszámára, a kötvényszám megjelölésével teljesítheti. A biztosító a beazonosíthatatlan összegeket a küldő számlaszámára visszautalja.

5.1.6. Ha a szerződő a díjfizetési gyakoriságát megváltoztatja, azt a biztosítóval írásban kell közölnie, és a változtatás a következő díjfizetési esedékességtől lép érvénybe.

5.1.7. A szerződéskötés során eljáró közvetítő a biztosítási termék közvetítése során az Ügyféltől díjat vagy díjelőleget, illetve a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen nem vehet át, semmilyen díj beszédésére, készpénz átvételére, illetve általánosságban pénzkezelésre semmilyen formában nem jogosult.

5.1.8. A szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a biztosító addig a napig járó díj megfizetését kérheti, amikor a kockázatviselés véget ér.

5.2. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG

A biztosítási összeget a szerződéskötéskor a szerződő választja a biztosító által megadott lehetőségek közül. (1. számú melléklet) **Az itt feltüntetett fedezetektől eltérő tartalmú és/vagy biztosítási összegű fedezetek nem választhatóak.**

5.3. KÉSEDELMES DÍJFIZETÉS

Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított, legalább 30 napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

6. BIZTOSÍTÁS MÓDOSÍTÁSNAK ESETEI, LÉTSZÁMMÓDOSÍTÁS

6.1. Ha a szerződés egyidejűleg több személyre vonatkozik és a biztosítási kockázat jelentős megnövekedése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a jogát a többi biztosított vonatkozásában nem gyakorolhatja.

6.2. A szerződés módosításához a biztosított hozzájárulása nem szükséges.

6.3. A szerződés hatálya alatt a biztosítottak személyében bekövetkezett változás esetén, a biztosító kockázatviselése a szerződésbe újonnan belépő biztosítottakra a biztosítási szerződés következő díjfizetési gyakoriság első napjának 0. órájában kezdődik, a kilépő biztosítottakra vonatkozóan, pedig az adott díjfizetési gyakoriság utolsó napjának 24. órájáig tart. A biztosító a tudomására jutástól számítottan kizárólag előre-mutató hatállyal hajt végre változtatást a biztosított személyekre vonatkozóan.

6.4. Ha a szerződéskötést követően a biztosítási szerződésre tekintettel igénybe vehető adókedvezményre vagy adójóváírásra jogosító jogszabályi feltételek megváltoznak, a biztosító a jogszabályváltozás hatálybalépését követő 60 napon belül javaslatot tehet a biztosítási szerződés vagy az ahhoz kapcsolódó általános szerződési feltételek megváltozott szabályozásra tekintettel történő módosítására annak érdekében, hogy a szerződés tartalma az adókedvezmény vagy adójóváírás igénybevételére jogosító feltételeknek megfeleljen. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot az arról szóló tájékoztatás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem utasítja el, a szerződés a módosító javaslatban meghatározott feltételekkel a jogszabályváltozás hatálybalépésének időpontjával módosul. A biztosító a szerződő felet a tájékoztatásban a szerződést vagy az általános szerződési feltételeket érintő változásokról köteles tájékoztatni.

A módosító javaslat szerződő általi elutasítása nem adhat alapot a szerződés biztosító általi felmondására.

7. ÚJRA ÉRVÉNYBE HELYEZÉS (REAKTIVÁLÁS)

A szerződés nem reaktiválható.

8. FEDEZETFELTÖLTÉS

Fedezetfeltöltésre nincs lehetőség.

9. MARADÉKJOGOK, NYERESÉGRÉSZESEDÉS, INDEXÁLÁS (ÉRTÉKNÖVEELÉS)

9.1. A biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem visszavásárolható, és nincs lehetőség díjmentes leszállításra, illetve szolgáltatási előleg (kötvénykölcson) felvételére sem.

9.2. A szerződés nyereségrészesedésre nem jogosít.

9.3. A szerződés nem rendelkezik automatikus értéknöveléssel, azonban a biztosító javaslatot tehet az előző évi infláció mértékével megegyező vagy ennél magasabb díj-emelésre is.

10. A SZERZŐDÉS TERÜLETI HATÁLYA

A biztosítási szerződés alapján a biztosító kockázatviselése – ezzel ellentétes szerződéses kikötés hiányában – egyaránt kiterjed belföldön és külföldön bekövetkezett biztosítási eseményekre.

A SZERZŐDÉS ALANYAINAK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

11. KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

11.1. A szerződő és a biztosított köteles a biztosítóval a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt közölni, amelyet ismert, vagy ismernie kellett. Az ajánlattételkor írásban feltett kérdésekre adott, a valóságnak megfelelő válasszal a felek a közlési kötelezettségüknek tesznek eleget. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat egyaránt sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

11.2. Ha a szerződéskötéskor már fennállott lényeges körülményekről a biztosító csak később szerez tudomást, az ebből eredő jogokat a szerződés létrejöttétől számított 5 évig gyakorolhatja.

11.3. A közlési vagy változásbejelentésre irányuló kötelezettség megsértése esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve ha a szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem volt kihatással a biztosítási esemény bekövetkeztére, – a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 biztosítási év már eltelt.

11.4. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot nem vállalja – a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő fél a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. na-

pon megszűnik, ha a biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a szerződő fél figyelmét felhívta.

11.5. A szerződő és a biztosított köteles a szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a szerződés tartama alatt beálló lényeges körülmények változását a változás bekövetkezésétől számított 5 munkanapon belül, az elérhetőségekben, személyi adatokban és a biztosított személyek körében bekövetkezett változást haladéktalanul. A változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő bizonyítja, hogy a be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket a biztosító csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azt írásban juttatták el a biztosítóhoz az alábbi módok egyikén:

e-mail: info@signal.hu,

postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1519 Budapest, Pf. 260.

11.6. Amennyiben a szerződő és a biztosított a változás bejelentési kötelezettségének nem tesz eleget a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó szabályok irányadóak. A biztosító ezzel kapcsolatos jogainak gyakorlására nyitva álló 5 éves időszak a változás bejelentési határidő leteltét követő napon kezdődik.

11.7. Amennyiben a biztosító az életkor helytelen bevallása miatt a szerződésben a tényleges fedezetre alacsonyabb díjat számított, de a szerződés a valós életkorral a biztosítási fedezet különös szerződési feltétele szerint létrejöhett volna, úgy a szolgáltatás arra a szintre kerül leszállításra, amely a szerződés megkötésének időpontjában a biztosított tényleges életkora mellett megfelelt volna.

11.8. Ha a szerződés a valós korral létrejöhett volna és a helytelen korbevallás eredményeképpen a díj magasabb szinten került megállapításra, úgy a biztosító a díjkülönbözetet visszatéríti.

11.9. Ha a biztosított valós életkora alapján a biztosítási szerződés nem jöhett volna létre, a szerződés érvénytelen, a biztosító a biztosítási fedezetre befizetett díjakat visszatéríti a szerződőnek.

11.10. Ha a szerződés több vagyontárgyra vagy személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi vagyontárgy vagy személy esetén nem hivatkozhat.

12. TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG, TITOKVÉDELEMMEK KAPCSOLATOS ELŐÍRÁSOK

Jelen Titoktartási kötelezettség tájékoztató a jelen általános szerződési feltételek kiadásakor hatályos Bit-nek megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek megfelelő Titoktartási tájékoztató.

12.1. A BIZTOSÍTÁSI TITOKRA VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK

I. (1) A biztosító vagy a viszontbiztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a

biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

I (2) Az (1). pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító vagy viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

I (3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a Bit. másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító vagy viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

II. Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a I (1). pontban meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

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

- a a biztosító vagy a viszontbiztosító 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 vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg,
- d. a biztosító érdeke ezt az ügyféllel szemben fennálló követelése eladásához vagy követelése érvényesítéséhez szükségessé teszi.

IV. (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal, az ügyészséggel, valamint a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséggel és a Nemzeti Adó- és Vámhivatallal,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálatlal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a (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 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 kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervvel, a kártörténeti nyilvántartást vezető kárnyilvántartó szervvel, továbbá a járműnyilvántartásban nem szereplő gépjárművekkel kapcsolatos közúti közlekedési igazgatási feladatokkal összefüggő hatósági ügyekben a közlekedési igazgatási hatósággal, valamint a közúti közlekedési nyilvántartási szervével,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében és az ezen adatok egymás közötti átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát és a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, a kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, továbbá – a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezés kárfelvételi jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adatai tekintetében az önrendelkezési joga alapján – a károkozóval,
- 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,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal.

IV. (2) A IV. (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, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.

IV. (2a) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a Hpt.-ben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját és az adatkérés célját.

IV. (3) 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.

IV. (3a) 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.

IV. (4) A biztosító vagy a viszontbiztosító a IV. (1). valamint a IV.(6) pontokban, a II. pontban, a VI. és a VII pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.

IV. (5) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a IV. (1). pontban meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.

IV. (6) A biztosító vagy a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve 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 lőszerezellel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,

b) a Btk.-ban 2025. június 15-ig hatályban volt új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, vagy

c) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, tudatmódosító anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerezellel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

IV. (6a) A Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 69. § (3) és (4) bekezdésében, a Nemzeti Adó- és Vámhivatalról szóló 2010. évi CXXII. törvény 58. § (3) bekezdésében vagy a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) 262. § (3)–(5) bekezdésében meghatározottak szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy a viszontbiztosító az ügyészség engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni. A Be. 262/A. §-a szerinti adatkérés esetén a biztosító vagy viszontbiztosító az ügyészségnek az ügyfélre vagy a biztosítási

szerződésre vonatkozó külön engedélye nélkül is köteles az általa kezelt, biztosítási titoknak minősülő adatokra vonatkozó adatkérést teljesíteni.

IV. (7.) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

IV. (8.) 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.

IV (9). Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a hitelintézetekről és pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. tv. (Hpt.) 164/B. § szerinti adattovábbítás.

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

- a. a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b. a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító vagy a viszontbiztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

VI. (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adattfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a. ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b. ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

VI. (2) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

VII. (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b. fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c. a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d. a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

VII. (2) A VII (1). pontban meghatározott adatok átadását a biztosító és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

VIII. (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a II. pont alá eső adatok vagy az Infotv. szerint különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.

VIII. (2) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a IV (1). pont b), f) és j) pontjai, illetve a IV (6). pont alapján végzett adattovábbításokról.

VIII. (3) A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

IX. (1) A biztosító és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

IX. (2) A biztosító és a viszontbiztosító 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.

IX (3). A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

IX. (4) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

IX. (5) A Bit. 143. § (5) bekezdése értelmében a biztosító a hagyatéki eljárás jogerős lezárásáról történő tudomásszerzés napjáig

- a) az elhunyt szerződő által kötött vagyonbiztosítási szerződéshez kapcsolódóan, kizárólag az érintett biztosítási szerződés díjfizetéssel történő fenntartása érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, az általános szerződési feltételekről, a szerződés díjegylenlegéről, az esedékes díjtartozás összegéről, valamint a szerződés évfordulójáról az elhunyt szerződő közeli hozzátartozója, illetve a vagyontárgy birtokosa részére,
 - b) azon hitelfedezeti életbiztosítási szerződéshez, továbbá azon biztosítási szerződéshez kapcsolódóan, ahol a szolgáltatás jogosultja a hitelintézet és a szerződés biztosítottja az elhunyt személy, kizárólag a szolgáltatási igény biztosítóhoz történő bejelentése és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatok biztosító részére történő megküldése érdekében a biztosítási szerződés fennállásáról, a biztosítást igazoló okirat számáról, valamint az általános szerződési feltételekről az elhunyt biztosított közeli hozzátartozója részére – annak írásbeli kérelmére – adatot szolgáltathat, feltéve, hogy e minőségét a kérelmező okirattal igazolja.
- IX. (6)** A Bit. 143. § (5) bekezdése értelmében a közeli hozzátartozó, illetve a vagyontárgy birtokosa részére történő – (5) bekezdés szerinti – adatszolgáltatás nem jelenti a biztosítá-

si titok sérelmét. A biztosító a kérelmező személyes adatait az adatszolgáltatást követően öt évig, illetve – ha a 142. § (3) bekezdése szerinti időtartam ezt meghaladja – a 142. § (3) bekezdésében meghatározott időtartamig kezeli.

12.2. A BIZTOSÍTÓ ÉS A VISZONTBIZTOSÍTÓ ÜZLETI TITKA

X. A biztosító, a viszontbiztosító, valamint ezek tulajdonosa, a biztosítóban, a viszontbiztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja köteles a biztosító és a viszontbiztosító működésével kapcsolatban tudomására jutott üzleti titkot – időbeli korlátozás nélkül – megőrizni.

XI. (1) A X. pontban előírt titoktartási kötelezettség nem áll fenn a feladatkörében eljáró

- a) Felügyelettel,
- b) nemzetbiztonsági szolgálattal,
- c) Állami Számvevőszékkel,
- d) Gazdasági Versenyhivatallal,
- e) a központi költségvetési pénzeszközök felhasználásának szabályszerűségét és célszerűségét ellenőrző Kormány által kijelölt belső ellenőrzési szervvel,
- f) vagyonellenőrrel,
- g) Információs Központtal,
- h) a mezőgazdasági biztosítási szerződés díjához nyújtott támogatást igénybe vevő biztosítottak esetében – az agrárkár-megállapító szervvel, agrárkár-enyhítési szervvel, mezőgazdasági igazgatási szervvel, valamint az agrárpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt álló, gazdasági elemzésekkel foglalkozó intézménnyel szemben.

XI. (2) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítéséhez.

XI. (3) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-hatóság (a továbbiakban: EBFH) felé történő adatszolgáltatás, az európai felügyeleti hatóság (az Európai Biztosítás- és Foglalkoztatónyugdíj-hatóság) létrehozásáról, valamint a 716/2009/EK határozat módosításáról és a 2009/79/EK bizottsági határozat hatályon kívül helyezéséről szóló 2010. november 24-i 1094/2010/EU európai parlamenti és tanácsi rendeletnek (a továbbiakban: 1094/2010/EU rendelet) megfelelően.

XI. (4) A X pontban előírt titoktartási kötelezettség nem áll fenn a) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,

b) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, valamint az önkormányzati adósságrendezési eljárás keretében a bírósággal szemben.

XI. (5) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a Felügyelet által a biztosítókról és a viszontbiztosítókról egyedi azonosításra alkalmas adatok szolgáltatása a jogalkotás megalapozása és

hatásvizsgálatok elvégzése céljából a pénz-, tőke- és biztosítási piac szabályozásáért felelős miniszter részére.

XI. (6) Nem jelenti az üzleti titok sérelmét a feladatkörében eljáró Információs Központ által végzett adattovábbítás.

XII. (1) Aki üzleti titok birtokába jut, köteles azt időbeli korlátozás nélkül megőrizni.

XII. (2) A titoktartási kötelezettség alapján az üzleti titok körébe tartozó tény, tájékoztatás vagy adat az e törvényben meghatározott körön kívül a biztosító és a viszontbiztosító, továbbá az ügyfél felhatalmazása nélkül nem adható ki harmadik személynek és feladatkörön kívül nem használható fel.

XII. (3) Aki üzleti titok birtokába jut, nem használhatja fel arra, hogy annak révén saját maga vagy más személy részére közvetlen vagy közvetett módon előnyt szerezzen, továbbá, hogy a biztosítónak, a viszontbiztosítónak vagy ügyfeleinek hátrányt okozzon.

12.3. A BIZTOSÍTÁSI TITOKRA ÉS AZ ÜZLETI TITOKRA VONATKOZÓ KÖZÖS SZABÁLYOK

XIII. (1) Biztosító és a viszontbiztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító és a viszontbiztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.

XIII. (2) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.

XIII. (3) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (Ptk.) foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

XIV. (1) A Hpt. 164/B. §-a alapján átvett adatokat a biztosító tevékenységi köre ellátásával összefüggésben a szolgáltatásai nyújtásához szükséges mértékben megismerheti, és az ügyfélkapcsolat létrehozásának és fennállásának időtartamában kezelheti, ha az ügyfél az adattovábbítást a XIV (2) bekezdés szerint nem korlátozta vagy tiltotta meg.

XIV. (2) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító ügyfele kifejezett nyilatkozatával jogosult korlátozni vagy megtiltani a Hpt. 164/B. § (2) bekezdése szerinti adattovábbítást.

XIV. (3) A hitelintézet Hpt. szerinti ellenőrző befolyása alatt működő biztosító az ügyféllel kötendő szerződést megelőzően köteles az ügyfél részére a Hpt. 164/B. §-ában foglalt kölcsönös adatátadás lehetőségéről igazolható módon tájékoztatást adni. Az írásbeli tájékoztatásban egyértelműen fel kell hívni az ügyfél figyelmét arra, hogy a személyes adatai e §-ban foglalt kezelésének lehetőségét bármikor korlátozhatja vagy megtilthatja.

12.4. A FATCA-TÖRVÉNY ALAPJÁN FENNÁLLÓ KÖTELEZETTSÉGEK

XV (1). A FATCA-törvény szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (a továbbiakban ezen fejezet tekintetében: intézmény) az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla (a továbbiakban: pénzügyi számla) vonatkozásában elvégzi a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (a továbbiakban együtt: számlatulajdonos)

FATCA-törvényben foglalt Megállapodás I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

XV. (2). Az intézmény a számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg írásban tájékoztatja

- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- az Aktv. 43/B-43/C. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről,
- a FATCA-törvény szerinti jelentéstételi kötelezettségéről.

XV. (3). Az Aktv. 43/B-43/C. §-a szerinti adatszolgáltatás esetén az adatszolgáltatás tényéről az intézmény a számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban tájékoztatja.

12.5. A PÉNZÜGYI SZÁMLÁKKAL KAPCSOLATOS ADATSZOLGÁLTATÁS ÉS ÁTVILÁGÍTÁS ALAPJÁN FENNÁLLÓ KÖTELEZETTSÉGEK

XVI. (1). Az Aktv. szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény (ezen fejezet alkalmazásában a továbbiakban: intézmény) az általa kezelt, az Aktv. 1. melléklet VIII/C. pontja szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégzi az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban együtt: Számlatulajdonos) illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálatot (ezen alcím alkalmazásában a továbbiakban: illetőségvizsgálat).

XVI. (2). Az intézmény a Számlatulajdonost az illetőségvizsgálat elvégzésével egyidejűleg az ügyfélfogadásra nyitva álló helyiségeiben kifüggesztett hirdetés útján vagy – ha az lehetséges – elektronikus úton tájékoztatja

- az illetőségvizsgálat elvégzéséről,
- az Aktv. 43/H. §-a alapján az adóhatóság felé fennálló adatszolgáltatási kötelezettségéről.

XIV. (3). Az Aktv. 43/H. §-a szerinti adatszolgáltatásról az intézmény a Számlatulajdonost az adatszolgáltatás teljesítésétől számított harminc napon belül írásban – ha az lehetséges elektronikus úton – tájékoztatja.

12.6. A VESZÉLYKÖZÖSSÉG VÉDELME CÉLJÁBÓL TÖRTÉNŐ ADATÁTADÁS

XVII. (1). A biztosító (e fejezet alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e fejezet alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a I (1). pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a XVII (3).- (6) pontokban meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

XVII. (2). A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés

készítéstől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak.

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

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
- a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- az a. pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e pontban meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

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

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
- a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
- a b. pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

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

- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a károsult személy azonosító adatait;
- a szerződő, a biztosított és a kedvezményezett azonosító adatait, továbbá a XVII (4). pont b-e. pontjában meghatározott adatokat;
- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés miatt kárigényt vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj iránti igényt érvényesítő személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- a károsodott vagyontárgy miatt kárigényt, érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó személyes adatot nem tartalmazó adatokat;
- a károsult személy előzetes hozzájárulása esetén a személyi sérülés vagy személyiségi jogsérelem miatt sérelemdíj

iránti igényt érvényesítő személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat.

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

- a. az adott járművet érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat, így különösen a káresemény időpontjára, jogalapjára, a jármű sérüléseire és az azokkal kapcsolatos károk megtérítésére vonatkozó adatokat, ideértve a megkereső biztosító által megjelölt gépjárműben bekövetkezett, de nem gépjármű által okozott károk adatait is,
- b. az adott járművet érintően a biztosító által elvégzett kárfelvétel tényeire, a kár összegére vonatkozó információkat.

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

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

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

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

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

XVII. (12) Ha az ügyfél az Infotv.-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a XVII. (8)-XVII. (10). pontokban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

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

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

XVII. (15) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a XVII. (9). és XVII. (10). pontban meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

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

- a) a szerződő személy azonosító adatait;
- b) a biztosított vagyontárgy azonosító adatait;
- c) az a) és b) pontokban meghatározott szerződőt vagy vagyontárgyat érintő korábbi biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat; és
- d) a biztosító megnevezését és a biztosítást igazoló okirat számát.

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

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

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

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

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

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

XVIII. (8) Az igénylő biztosító az igénylés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb ada-

tokkal a XVIII. (3) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

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

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

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

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

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

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

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

XVIII. (16) Az igénylő biztosító a XVIII. (3) bekezdésben meghatározott igénylésről, az abban szereplő adatokról, továbbá az igénylés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az Infotv.-ben szabályozott módon tájékoztatja.

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

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

13. A SZEMÉLYES ADATKEZELÉSRE VONATKOZÓ TUDNIVALÓK

A személyes adatok kezelésével kapcsolatos teljes körű tájékoztató jelen szerződési feltétel III. számú mellékletben található.

14. A BIZTOSÍTÁSI VÉDELEMBŐL KIZÁRT KOCKÁZATOK

Nem terjed ki a biztosítási védelem az alábbi eseményekre:

14.1. Az elme- és tudatzavarban bekövetkezett balesetek esetén akkor, ha az ittasságon, kábító- illetve bódító szerek fogyasztásán alapul, valamint agyvérzés, epilepsziás roham és egyéb, a biztosított egész testére kiterjedő görcsös roham következménye. Amennyiben készült véralkohol vizsgálat, ittas állapotnak a 0,5 ezrelék vagy ezt meghaladó véralkohol szintet illetve 0,25 milligramm/liter levegőalkohol-koncentrációt tekintjük, vizsgálat hiányában az ittasság egyéb hitelt érdemlő információk alapján is megállapítható (pl. orvosi dokumentum, hatósági jegyzőkönyv). Ha az említett roham olyan baleset következménye, amelyre a kockázatviselés kiterjed, a biztosítási védelem fennáll.

14.2. A biztosított testén saját maga, vagy hozzájárulásával mások által végzett gyógyító célú kezelés és beavatkozás folytán előidézett testi károsodás.

14.3. Öngyilkosság, öncsonkítás vagy annak kísérlete.

14.4. Az olyan kórházi ápolás és/vagy keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozás és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat, a biztosítottnak a szülője vagy gyermeke ápolása miatti kórházi tartózkodása és/vagy keresőképtelensége.

14.5. Háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, háttárvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskíséret, népi megmozdulás során bekövetkezett események, függetlenül attól, hogy aktív vagy passzív részvételtől volt szó.

14.6. Felkelésben, lázadásban, zavargásban való részvétel, kivéve, ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelesség teljesítése közben került sor.

14.7. Légi jármű pilótájaként vagy légi jármű személyzeteként elszervedett, valamint légi járművel folytatott egyéb hivatás gyakorlása közben bekövetkezett balesetek.

14.8. Az alábbi veszélyes és extrém sporttevékenységek közben vagy ezekkel összefüggésben bekövetkező események:

- Küzdősportok és harcművészetek, különösen, de nem kizárólag: ökölvívás, birkózás, judo, karate, aikido, kungfu, iaido, taekwon-do, kempo, kendo, kick-box, pankráció, szumó, capoeira, tai-chi, thai box, hapkid, ketrecharc – függetlenül attól, hogy olimpiai sportágnak minősülnek-e
- Extrém sporttevékenységek, különösen:
 - Kerékpáros és gördeszkás sportok: hegyi kerékpározás (mountain bike), gyorsasági kerékpározás, BMX, BMX-cross, skate.
 - Vízi extrém sportok: vízisí, jet-ski, vízi ejtőernyő, paplanernyő, kitesurf, rafting, vadvízi evezés, hydrospeed, nyílt tengeri vitorlázás, tengeri kaják, hyper jet, búvárkodás, félkezes vitorlázás.
 - Magashegyi és mászó sportok: szikla- és hegymászás III. foktól, gleccsormászás, magashegyi expedíció, fal-mászás, barlangászat, sportbarlangászat, zipline, canyoning.
 - Speciális túraútvonalak: Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon végzett túrázás, valamint 3500 méter tengerszint feletti magasságban történő túrázás.

- Bázisugrás, rocky jumping, bungee jumping, ejtőernyőzés.
- Légi sporttevékenységek amennyiben azok nem szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében történnek: sárkányrepülés, motor nélküli légi járművek, segédmotoros vitorlázó repülő, hőlégballonozás, műrepülés, mezőgazdasági repülés, körrepülés, siklóernyőzés, egyéb sportrepülés.
- Motoros extrém sporttevékenységek: motor- és autóverseny, raliverseny, tesztúra, roncsautó sport (auto-crash), crossmotor, quad használata.
- Fegyveres szabadidős tevékenység: vadászat.
- Extrém síelés: freestyle sí, freeride sí, túrás, helisí, snowkite, bobozás, síugrás.

A kizárás kiterjed továbbá a társadalombiztosítási szerv által a biztosítás tartama alatt extrém sportnak minősített minden egyéb szabadidős tevékenységre, a mindenkor hatályos hivatalos besorolás alapján.

14.9. Föld alatti vagy víz alatti munkavégzés, vagy ilyen területen folytatott sporttevékenység következménye.

14.10. Közvetve vagy közvetlenül radioaktív sugárzás, illetve ionizáló sugárzás (pl. röntgen) által okozott események, abban az esetben, amennyiben az nem áll összefüggésben a biztosított – munkavédelmi szabályok betartása melletti – munkavégzésével.

14.11. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:

- a) kóros elmeállapot,
- b) HIV-fertőzés,
- c) nukleáris energia.

14.12. Fertőzések esetén fennáll a biztosítási védelem, ha a kórokozó olyan baleseti sérülés következtében kerül a szervezetbe, amelyre a kockázatviselés kiterjed. Kismértékű bőr- és nyálkahártya-sérülések nem tartoznak ezen baleseti sérülésekhez. Ha a kórokozó ezen keresztül jut a szervezetbe (azonnal vagy később), a biztosítási védelem nem áll fenn. Ez a korlátozás a veszettségre és a tetanuszra nem vonatkozik.

14.13. Gyógykezelés következtében bekövetkező fertőzésekre a biztosítási védelem nem terjed ki.

14.14. Nem minősül balesetnek a szilárd vagy folyékony anyagok okozta mérgezés, ha az szájon keresztül került a szervezetbe. Az ételmérgezés nem minősül balesetnek.

14.15. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre – kivéve életmentő beavatkozás esetén – amelynek oka részben vagy egészben:

- a) az esztétikai céllal végzett kezelés, sebészeti beavatkozás és következményei,
- b) a fogpótlás.

14.16. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelynek oka részben vagy egészben:

- a) a lelki működés zavarai, betegségei,
- b) a szűrővizsgálat, a biztosítottnak a szülője, vagy gyermeke ápolása miatti kórházi tartózkodása,
- c) a krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógytárgyok, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra),

d) orvosi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

14.17. Nem terjed ki a biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelyek a biztosított igazolt (versenyzői, sportolói licenccel, engedéllyel) sportolóként végzett sporttevékenységével vannak okozati összefüggésben.

A biztosító a kizárást nem alkalmazza, amennyiben a biztosított hitelt érdemlően igazolja sportegyesületi nyilatkozattal, hogy a biztosítási esemény nem igazolt sportolóként végzett sporttevékenységével összefüggésben következett be.

14.18. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki továbbá az alábbiakra:

- a) robbanószerekkel, robbanó szerkezetekkel, veszélyes anyagokkal való foglalkozás következménye, pl.: föld- gáz ill. kőolaj kitermelése, feldolgozása, szállítása, raktározása; ipari gáz gyártása; veszélyes hulladék gyűjtése, szállítása, raktározása, kezelése, ártalmatlanítása,
- b) a biztosított fegyverviselésével ok-okozati összefüggésben következik be,
- c) a biztosított tevékenységével, foglalkozásával összefüggésben bekövetkező biztosítási események, amennyiben a biztosított foglalkozása:
 - artista,
 - bűvár,
 - bányász,
 - építőmunkás magas építményeken (10 méteres magasságtól),
 - fegyveres testület tagja
 - rendőr,
 - fegyveres őr,
 - kaszkadőr,
 - légiutas-kísérő,
 - tűzoltó
 - pilóta (repülő, helikopter, vadászrepülő),
 - pirotechnikus,
 - pénzszállító autó sofőrje vagy annak kísérője,
 - robbanóanyaggal dolgozó ipari munkás,
 - tűzijáték- és csillagszórógyártó,
 - vadász,
 - veszélyes anyagot szállító tehergépkocsi sofőr,
 - ipari alpinista,
 - daru ill. toronydaru kezelő
 - mélyépítő munkás,
 - állatszeldítő,
 - cirkuszi akrobata
 - barlangi mentő, hegyi mentő,
 - hivatásos katona,
 - tűzszerész.
- d) azzal összefüggésben következik be, hogy a biztosított, munkavégzése során a munkavédelmi szabályokat súlyosan gondatlanul vagy szándékosan megsértette, továbbá, ha a baleset bekövetkezését követően nem vett igénybe haladéktalanul orvosi segítséget vagy az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig nem folytatta, és az elhalálozás vagy az egészségkárosodás ezzel okozati összefüggésben következett be.

14.19. Nem téríti meg a Biztosító továbbá: bárminemű kárt, veszteséget, költséget, melynek eredménye, keletkezési oka közvetlenül vagy közvetve összefüggésbe hozható a terrorizmus bármilyen formájával az alábbiakban foglaltak szerint: kizárásra kerülnek azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül, vagy közvetve terrorcselekménnyel, vagy annak elkövetése során közveszély okozásával, vagy ezen cselekmények közrehatásával idéznek elő, illetve az alábbiakban meghatározott egyéb cselekményekkel okoztak, függetlenül attól, hogy más ok, vagy más esemény, – történjék ez bármely időrendi sorrendben is – közrehatott-e a kár bekövetkeztében. Terrorista cselekménynek minősül továbbá, minden olyan cselekmény – függetlenül attól, hogy erőszakos cselekmény alkalmazásával, azzal való fenyegetéssel, vagy annak előkészítésével valósult-e meg –, melyet önállóan, vagy egy bizonyos szervezet vagy kormány megbízásából, vagy ahhoz kapcsolódva hajt végre egy ember, vagy emberek csoportja(i), amelyet minden jel szerint azért hajtának végre, hogy – egy jogszerű vagy tényleges kormányt, illetve államot, vagy a nyilvánosságot vagy a nyilvánosság egy részét megfélemlítse, vagy befolyásolja, vagy – a gazdasági életet részben vagy egészben befolyásolja, vagy – melyek módja és körülményei arra engednek következtetni, hogy azokat politikai, szociális, vallási, ideológiai vagy hasonló okokból vagy céllal hajtottak végre. Kizárásra kerülnek továbbá azon károk, beleértve minden egyéb, a szerződési feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó kifizetéseket is, melyeket közvetlenül vagy közvetve olyan cselekmények okoztak, vagy amelyekben közrehatottak olyan cselekmények, amelyek terrorista támadások ellenőrzésére, megelőzésére vagy elfojtására szolgálnak, vagy egyéb módon egy terrorista akcióval függnek össze.

14.20. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, sérülésekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel ok-okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.

A biztosító kóros állapotnak tekinti a nem természetes állapotot.

14.21. A szerződés megkötésének időpontjában, bármely okból már károsodott, korábbi baleset vagy betegség miatt sérült vagy csonka, funkciójában korlátozott (nem ép) testrészek és szervek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.

14.22. Balesetbiztosítási kockázatoknál hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívülről jövő egyszeri, extrém behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.

14.23. Balesetbiztosítási kockázatoknál porckorongsérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért egyszeri, extrém közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglevő betegség súlyosbodásának a következménye.

14.24. Balesetbiztosítási kockázatoknál belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn,

ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.

14.25. Balesetbiztosítási kockázatoknál pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem nem áll fenn.

14.26. A biztosítottat ért szívinfarktus folytán bekövetkező balesetekre a biztosítási védelem nem terjed ki. A szívinfarktus semmilyen körülmények között nem tekinthető baleseti következménnyel.

14.27. Recehártya-leválás és annak következményei nem minősülnek balesetnek.

14.28. Olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalomra, melynek meglétére az adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet a biztosítási védelem nem áll fenn. A degeneratív, ortopéd jellegű kórképek a biztosítási védelemből ki vannak zárva.

14.29. Amennyiben a biztosított protézissel vagy implantátummal él (pl. csípő-, térd-, vállprotézis, gerincimplantátum), abban az esetben az implantátum sérülése vagy az implantátum környezetében történő (pl. periprotetikus törés) biztosítási eseményekre a biztosítási védelem nem áll fenn.

14.30. Az ájulás vagy szédülés miatt bekövetkező sérülések a biztosítási védelemből ki vannak zárva.

14.31. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a balesetekre, illetve azok következményeire (különösen a felépülés elhúzódtására vagy szövődmények kialakulására) ami a biztosított alábbi betegségeivel ok-okozati összefüggésbe hozható:

- inzulin-függő cukorbetegség,
- rosszindulatú daganatos megbetegedés,
- krónikus és/vagy alkoholos májbetegség,
- idült szív- és keringési rendszeri betegség,
- krónikus veseelégtelenség.

15. A KOCKÁZATVISELÉS KORLÁTOZÁSA

15.1. Balesetbiztosítási kockázatoknál hasfali és lágyéksérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha a sérvet olyan kívülről jövő egyszeri, extrém behatás okozta, amelyre a kockázatviselés kiterjed és az nem öröklött tényezők (adottságok) következményeként jelentkezett.

15.2. Balesetbiztosítási kockázatoknál porckorongsérv esetén a biztosító csak akkor teljesít kifizetést, ha ez a gerincoszlopot ért egyszeri, extrém közvetlen mechanikus behatás, nem pedig egy korábbi, már a baleset előtt is meglevő betegség súlyosbodásának a következménye.

15.3. Balesetbiztosítási kockázatoknál belső szervek vérzései és agyvérzés esetén a biztosítási védelem akkor áll fenn, ha ezeket a szerződés szerint balesetnek minősülő esemény okozza.

15.4. Balesetbiztosítási kockázatoknál pszichikai reakciók okozta káros zavarok esetén a biztosítási védelem nem áll fenn.

15.5. A biztosító nem tekinti balesetnek, a foglalkozási ártalom következtében kialakuló foglalkozási megbetegedést, még akkor sem, ha azt az arra jogosult állami szerv üzemi balesetnek elismeri.

16. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSE ALÓL

16.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosított halála, illetve sérülése a kedvezményezett szándékos magatartása folytán következett be.

16.2. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással

- a szerződő fél, a biztosított, vagy a kedvezményezett,
- velük közös háztartásban élő hozzátartozójuk,
- üzletvezetésre jogosult tagjuk,
- alkalmazottjuk, tagjuk vagy megbízottjuk okozta.

16.3. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosított halála, illetve sérülése

- a biztosított jogellenesen elkövetett bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
- a biztosított súlyosan gondatlan magatartása folytán következett be.

16.4. Súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen, ha a biztosítási esemény:

- a biztosított ittas állapotának közvetlen összefüggésben valósul meg, vagy
- a biztosítás időpontjában igazolhatóan kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez közrehatott a biztosítási esemény bekövetkezésében,
- nem az orvos által javasolt, illetve nem az orvos által előírt adagolásban szedett gyógyszer, nyugtató, tudatmódosító szer hatására állt be,
- a biztosított jogosítvány nélküli vagy ittas vezetése következtében áll be, vagy
- a biztosított munkavégzése során a munka- és tűzvédelmi szabályok be nem tartása miatt következett be.

16.5. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, ha bizonyítja, hogy a biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét szegi meg súlyosan gondatlanul vagy szándékosan.

17. A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

17.1. A biztosított, vagy a biztosítási szolgáltatásra igényt tartó személy, illetve azok képviselője köteles a biztosítónak a biztosítási eseményt annak bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül írásban bejelenteni oly módon, hogy a kárbejelentéssel egyidőben a szerződő által kiadott a biztosított munkavállalói vagy tagságát igazoló dokumentumot, illetve a „Biztosított nyilatkozatot” is be kell nyújtania. Köteles továbbá a biztosítónak a szükséges felvilágosításokat megadni, és lehetővé tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

17.2. Halálesetét a bekövetkeztétől számított 5 munkanapon belül kell jelenteni a biztosítónak, akkor is, ha a balesetet korábban már jelentették, valamint abban az esetben is, ha a teljes körű kárbejelentéshez szükséges összes dokumentáció még nem áll rendelkezésre.

A biztosító elérhetőségei:

Ügyfélszolgálati irodánk: 1123 Budapest, Alkotás utca 50.

Levél cím: 1519 Budapest Pf. 260.

Telefonon a +36-1-458-4200 számon

17.3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított 1 éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

17.4. A biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a szerződő fél, illetve a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben biztosítónak nem jelenti be, a szükséges felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik.

18. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES IRATOK

18.1. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha a biztosított, illetve a szolgáltatásra jogosult a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megállapításához szükséges iratokat, információkat maradéktalanul a biztosító rendelkezésére bocsátotta, továbbá lehetővé teszi azoknak ellenőrzését.

Amennyiben az iratokat hiányosan nyújtották be, akkor a biztosító az utolsó irat beérkezését követő 15 napon belül értesíti a kedvezményezettet a hiánypótlásról. A hiánypótlásra a kedvezményezettnek 30 nap áll rendelkezésre, ha a biztosító értesítő levelében ettől eltérően nem rendelkezik.

18.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összegszerűségének megállapításához a biztosító a következő iratokat kérheti be. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a jelen fejezetben felsorolt valamennyi dokumentum eredeti példányát is bekérje.

Valamennyi, a biztosítási esemény által kiváltott szolgáltatáshoz szükséges dokumentumok:

- a) a biztosító erre a célra szolgáló, hiánytalanul kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványának eredeti példánya,
- b) „Biztosított nyilatkozat” másolatát, illetve kérésre annak eredeti példányát,
- c) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésében szerepet játszó eseményre vonatkozó, illetve az azal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai, beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát is,
- d) baleseti/közlekedési baleseti jegyzőkönyv, vagy rendőrségi – munkahelyi baleset esetén munkahelyi – baleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben ilyen készült),
- e) véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült),
- f) toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény (ha készült),
- g) amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolata,
- h) hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas, hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bí-

rósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,

- i) külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása,
- j) kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő, illetve gyámhatóság vonatkozó nyilatkozata.

Halál, baleseti/közlekedési baleseti halál esetén:

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncolási jegyzőkönyv/korbonctani lelet másolata (amennyiben készült és a kár elbírálásához szükséges),
- a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata,
- a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatai,
- halotti epikrízist tartalmazó kórházi zárójelentés,
- a halál előtti orvosi dokumentumok, ambuláns vagy fekvőbeteg kórházi kezelés esetén kórházi ambuláns kezelőlap és/vagy zárójelentés(ek) másolata,
- a háziorvos által kitöltött haláleset utáni orvosi jelentés nyomtatvány,
- házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi betegkarton másolata,
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezett jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezett vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg vagy a kedvezményezett elhalálozott).

Baleseti eredetű/közlekedési baleseti eredetű/baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodás esetén továbbá:

- a baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció (lelet, vizsgálati eredmények), valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolása illetve az egészségkárosodás mértékének igazolása,
- a balesetet követő egy év után, a kezelő traumatológus vagy szakorvos által készített, a sérült testrészeire vonatkozó, minden részletre kiterjedő státuszleírás,
- végállapotot leíró szakorvosi, kezelőorvosi dokumentáció másolata,
- az arra jogosult szerv által kiadott, a maradandó egészségkárosodásra vonatkozó orvosi határozat másolata (amennyiben ilyen készült).

C2-D-E rokkantsági kategória esetén:

- a munkaképesség-csökkenés megállapítására jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, minősítések másolata.

Kórházi ápolás, műtéti térítés, plasztikai műtét, égési sérülés, baleseti költségtérítés, gyógyulási támogatás, keresőképtelenség, kritikus betegség és baleseti költségtérítés esetén továbbá:

- a kórházi tartózkodásról és az ellátásról szóló egészségügyi dokumentáció (vizsgálati eredmények, zárójelentés) fénymásolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával,
- a sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatai (ha létezik ilyen),
- a WHO vagy OENO kódot tartalmazó műtéti leírás,
- a plasztikai műtéttel kapcsolatos, a biztosított nevére kiállított, műtétről szóló, vagy gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségeire vonatkozó számla
- az égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentáció másolata, mely tartalmazza a sérülés súlyosságát és kiterjedtségét,
- a biztosított nevére kiállított, a balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított gyógyulásával, gyógykezelésével kapcsolatos, gyógyászati segédeszközökre, gyógyszerekre, kötszerekre stb. vonatkozó számla eredeti példánya.

Csonttörés, csontrepedés esetén:

- a baleset után készült valamennyi orvosi lelet, röntgen lelet, vagy orvosi dokumentáció (zárójelentés), mely egyértelműen leírja a csonttörés tényét és az orvosi ellátás módját.

Keresőképtelenség esetén:

- a betegállomány időszakában készült valamennyi orvosi dokumentum (ambuláns lap, kórházi zárójelentés, kezelő lap),
 - táppénzes/keresőképtelen időszakot igazoló dokumentumok másolata, mely a keresőképtelenség megállapítására jogosult szerv által a keresőképtelenség igazolására rendszerezett nyomtatvány (táppénzes állományra).
- A biztosító jogosult bekérni a társadalombiztosítási szervtől a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratokat.

Kiemelt kockázatú (kritikus) betegségek esetén a benyújtandó iratok listáját betegségi típusonként a kiegészítő biztosítási feltételek tartalmazzák.

Egyéb, szükség esetén benyújtandó dokumentumok:

- biztosítási szerződés, illetve biztosítási kötvény eredeti példánya,
- az utolsó befizetést igazoló befizetési, átutalási bizonylat,
- a biztosított személyi igazolványának vagy születési anyakönyvi kivonatának másolata,

- a szerződő és a biztosítottaknak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes lakcímet igazoló hatósági igazolványának másolata,
- hozzátartozói viszonyt igazoló dokumentum (házassági anyakönyvi kivonat, bejegyzett élettársi kapcsolatról szóló igazolás, stb.) másolata,
- a NEAK, illetve egyéb hivatalos szerv felé történő adatkezéshez szükséges a biztosított, biztosított örököse vagy a kedvezményezett által aláírt felmentő nyilatkozat eredeti példánya,
- a biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonyának igazolásra szolgáló dokumentumok másolata,
- orvosi ambuláns lap másolata,
- orvosi igazolás, beutaló másolata,
- altatási jegyzőkönyv másolata,
- kórlapok másolata,
- ápolási lap és dokumentáció másolata,
- labor eredmények másolata,
- képzőképző műszeres vizsgálatok eredménye
- a kiegészítő biztosítási feltételekben részletezett további iratok.

18.3. Az igény érvényesítőjének a fentiek mellett lehetősége van a bizonyítás általános szabályai szerinti okirati bizonyítás lefolytatására

18.4. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a biztosítóval szemben érvényesíti.

18.5. A biztosított, illetve a kedvezményezett a biztosítási titokra és az adatvédelmi rendelkezésekre vonatkozó jogszabályok betartásával, a biztosítási szerződés létrejöttével, vagy a kárigény érvényesítésével egyidejűleg felhatalmazza a biztosítót, hogy a biztosítási szerződéssel, illetve a szolgáltatási kötelezettség beálltával összefüggésben más biztosítótól információkat szerezzen be, valamint azoktól az orvosoktól, egészségügyi intézményektől, hatóságoktól, akik, illetve amelyek a biztosítottat kezelték, vizsgálták, a szükséges felvilágosításokat, orvosi jelentéseket és dokumentumokat közvetlenül beszerezze.

A felhatalmazás megadását követően is köteles azonban a biztosított, illetve a szolgáltatásra igényt érvényesítő az adatok, dokumentumok beszerzése során a biztosítóval együttműködni.

18.6. Az idegen nyelvű dokumentumokat magyar nyelven kell benyújtani, a magyar nyelvű hiteles fordítás költségei minden esetben az igény érvényesítőjét terhelik.

18.7. A biztosító által előírt, a kárrendezéshez kapcsolódó orvosi vizsgálaton részt vett biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében jogosult a vizsgálati eredményeket az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.

18.8. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy ismételt hiányosan nyújtották be, a biztosító a szolgáltatási igényt a hiánypótlási határidő lejártát követő 30 napon belül elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el vagy szükség esetén további adatokat kérhet.

19. A SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSE

19.1. A biztosító szolgáltatásait költségmentesen, a kedvezményezett részére banki folyószámlára utalással teljesíti. A biztosításközvetítő az ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem működhet közre.

19.2. A biztosító köteles a szolgáltatás nyújtásához nélkülözhetetlen dokumentumok beérkezésétől számított 15 napon belül, de ezek beérkezésének hiányában is legkésőbb a szolgáltatási igény benyújtásától számított egy hónapon belül a biztosítási szolgáltatásra jogosult személynek:

- a) kellően megindokolt javaslatot tenni a szolgáltatására azokban az esetekben, amelyekben a szolgáltatási kötelezettségének fennállását és a szolgáltatásának mértékét jogcímenként (beleértve a kamatra vonatkozó tájékoztatást) összesszerűen megállapította, vagy
- b) indokolással ellátott választ adni a szolgáltatási igényben foglalt egyes követelésekre azokban az esetekben, amikor a szolgáltatási kötelezettségét nem ismeri el, az nem egyértelmű vagy a teljes szolgáltatását összesszerűen nem állapította meg.

19.3. A biztosító vállalja, hogy a szolgáltatás igény jogosságának elismerését, illetve a jogosulttal történt megegyezést követő 30 napon belül a biztosítási szolgáltatást kifizeti.

20. PANASZKEZELÉssel KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

Jelen Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók a jelen általános szerződési feltételek kiadásakor hatályos Bit-nek, valamint a biztosító, a többes ügynökök és az alkuszok panaszkezelésének eljárásával, valamint a panaszkezelési szabályzatával kapcsolatos részletes szabályokról szóló 437/2016. (XII.16.) Korm. rendelet ezen feltétel lezárásának napján hatályos szövege szerint megfelelően került beillesztésre. A www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor aktuális Bit-nek és megfelelő Panaszkezeléssel kapcsolatos tudnivalók: <https://www.signal.hu/hu/panaszbejelentés>

20.1. A biztosító biztosítja, hogy az ügyfél a biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott írat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) közölhesse.

Személyes panaszbejelentés

Félfogadási időben a központi ügyfélszolgálati irodában lehet személyesen panaszbejelentést tenni.

Ügyfélszolgálati Iroda: 1123 Budapest, Alkotás u. 50. B. épület földszint

Telefonos panaszbejelentés

Telefonon a külföldről is hívható +361 458 4200 számon tehet panaszbejelentést az ügyfél.

Postai úton történő panaszbejelentés

A panaszbejelentés postai úton az alábbi levelezési címre küldhető:

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. Vezérigazgatóság, Panaszkezelési és vizsgálati csoport

Levélcím: 1519 Budapest Pf. 260.

Elektronikus panaszbejelentés

Az ügyfél panaszbejelentését elektronikusan az info@signal.hu e-mail címre, faxon a 061 458 4260 faxszámra vagy – regisztrációt követően – Ügyfélportálon keresztül online módon is eljuttathatja a biztosító részére.

A SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. mindenkor aktuális elérhetőségei, a nyitvatartási idő megtekinthető a <http://www.signal.hu/hu/kapcsolat-cegadatok> elérési úton.

20.2. A biztosítóhoz intézett

- szóbeli panaszt személyesen ügyfélszolgálati irodánkban munkanapokon hétfőn 08:00-20:00, keddtől péntekig: 08:00-16:00 nyitva tartási időben,
- telefonon közölt szóbeli panaszt munkanapokon hétfőn 08:00-20:00, keddtől péntekig: 08:00-16:00 nyitva tartási időben,
- írásbeli panaszt elektronikus eléréssel – üzemzavar esetén megfelelő más elérhetőséget biztosítva – folyamatosan lehet megtenni.

20.3. A biztosító a szóbeli panasz ügyfelek részére nyitva álló helyiségben vagy annak hiányában székhelyén történő kezelése esetén köteles biztosítani, hogy az ügyfeleknek lehetőségük legyen elektronikusan és telefonon keresztül is a személyes ügyintézés időpontjának előzetes lefoglalására. A személyes ügyintézés időpontja igénylésének napjától számított öt munkanapon belül a biztosító köteles személyes ügyfelfogadási időpontot biztosítani az ügyfél számára.

20.4. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító biztosítja az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadást és ügyintézkést. A biztosító az ügyintézőjének – a biztosító felé indított hívás sikeres felépülésének időpontjától számított – öt percen belüli élőhangos bejelentkezése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.

20.5. Telefonon történő panaszkezelés esetén a biztosító és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi. Erről az ügyfelet a telefonos ügyintézés kezdetekor tájékoztatni kell. Az ügyfél kérésére biztosítani kell a hangfelvétel visszahallgatását, továbbá térítésmentesen – kérésének megfelelően – tizenöt napon belül rendelkezésére kell bocsátani a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet vagy a hangfelvétel másolatát.

20.6. A biztosító a szóbeli panaszt – a 20.7. pontban meghatározott eltéréssel – azonnal megvizsgálja, és szükség szerint orvosolja. Ha az ügyfél a panasz kezelésével nem ért egyet, a biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek – a 20.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

20.7. Ha a panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, a biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, telefonon közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek – a 20.8. pontban foglaltakkal egyidejűleg – megküldi, egyebekben az írásbeli panaszra vonatkozó rendelkezések szerint jár el.

20.8. A biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. A biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

20.9. A panasz elutasítása esetén a biztosító válaszában írásban tájékoztatja az ügyfelet arról, hogy az a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (a továbbiakban: MNBtv.-ben) meghatározott fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a pénzügyi közvetítő rendszer felügyeletével kapcsolatos feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén bírósághoz fordulhat, vagy a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti, amennyiben a Pénzügyi Békéltető Testület eljárására vonatkozó szabályok alapján fogyasztónak minősül. A biztosítónak tájékoztatni kell e fogyasztót arról, hogy tett-e általános alávetési nyilatkozatot, meg kell adnia a Pénzügyi Békéltető Testület székhelyét, telefonos és internetes elérhetőségét, valamint a levelezési címét, továbbá a fogyasztó külön kérésére meg kell küldenie a Pénzügyi Békéltető Testület által készített és a biztosító rendelkezésére bocsátott kérelem nyomtatványt.

Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezése esetén eljáró szerv:

Magyar Nemzeti Bank

Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Központi levélcím: H-1534 Budapest, Pf. 777.

Telefon: 06 80 203 776

Fax: +36 1 489 9102

E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu • Internet: www.mnbb.hu

A szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén eljáró szerv:

Pénzügyi Békéltető Testület

Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank

1525 Budapest, BKKP Pf. 172.

A meghallgatások helyszíne:

1133 Budapest, Váci út 76. (Capital Square irodaház)

Telefon: +36 80 203 776

Fax: +36 1 489 9102

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Internet: www.mnbb.hu/bekeltetes

20.10. A biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a Felügyeletnek kérésére bemutatja.

20.11. A biztosító az ügyfelek panaszai hatékony, átlátható és gyors kezelésének eljárásáról, a panaszügyintézés módjáról, valamint a 20.12. pont szerinti nyilvántartás vezetésének szabályairól szabályzatot (a továbbiakban: panaszkezelési szabályzat) készít. A biztosító a panaszkezelési szabályzatban tájékoztatja az ügyfelet a panaszügyintézés helyéről, levelezési

címéről, elektronikus levelezési címéről, telefonszámáról és telefonszámáról.

20.12. A biztosító az ügyfelek panaszairól, valamint az azok rendezését, megoldását szolgáló intézkedésekről nyilvántartást vezet.

20.13. A 20.12. pont szerinti nyilvántartásnak tartalmaznia kell

- a. a panasz leírását, a panasz tárgyát képező esemény vagy tény megjelölését,
- b. a panasz benyújtásának időpontját,
- c. a panasz rendezésére vagy megoldására szolgáló intézkedés leírását, elutasítás esetén annak indokát,
- d. a c) pont szerinti intézkedés teljesítésének határidejét és a végrehajtásért felelős személy megnevezését, továbbá
- e. a panasz megválaszolásának időpontját.

20.14. A biztosító a panaszkezelési szabályzatot az ügyfelek számára nyitva álló helyiségében, ennek hiányában a székhelyén kifüggeszti és a honlapján közzéteszi. A biztosító panaszkezelési szabályzata a www.signal.hu oldalon elérhető: <https://www.signal.hu/hu/panaszbejelentés>

20.15. A biztosító a panasz kivizsgálásáért a fogyasztóval szemben külön díjat nem számíthat fel. A telefonon történő panaszkezelés emelt díjas szolgáltatással nem működtethető.

20.16. A biztosító köteles fogyasztóvédelmi ügyekben fogyasztóvédelmi ügyekért felelős kapcsolattartót kijelölni, és a Felügyeletnek tizenöt napon belül a felelős személyét, illetve annak változását írásban bejelenteni.

20.17. A jogviták rendezése fentieken túl bírói úton, polgári peres vagy nem peres (fizetési meghagyásos) eljárás keretében lehetséges.

21. ELÉVÜLÉS

A biztosítási szerződésből eredő igények az esedékeségtől számított 2 év elteltével évülnek el.

22. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

22.1. Jelen szerződés alapján járadék fizetésére nincs lehetőség.

22.2. Nem válik a szerződés tartalmává minden szokás, amelynek alkalmazásában a felek korábban megegyeztek, és minden gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak.

22.3. Írásban tett nyilatkozatnak nem minősül jelen feltételek alapján az elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás (kivéve annak az eredeti, a nyilatkozatot tevő aláírásával ellátott nyilatkozat szkennelt PDF. formátumú másolatát tartalmazó melléklete, vagy fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás) és az SMS.

22.4. A jognyilatkozatokat és a bejelentéseket írásban kell a biztosító felé megtenni.

22.5. A jelen szerződési feltételek alapján létrejövő biztosítási szerződés díjára és az annak alapján járó szolgáltatásra a személyi jövedelemadóról szóló (SZJA tv) rendelkezései is irányadók. Jogi személy szerződő esetén az SZJA tv. mellett a társasági adózásról szóló törvény, illetve a társadalombiztosításra vonatkozó jogszabályok is irányadók. Mivel az adójogszabályok a szerződés tartama alatt változhatnak, indokolt a

biztosított és a szerződő részéről a szerződés tartama alatt a törvényi változások figyelemmel kísérése. A Biztosító az aktuális adózásra vonatkozó információkat a honlapján (www.signal.hu) bocsátja ügyfelei rendelkezésére. Az adójogszabályok változásáról a biztosító nem küld értesítést, a jogszabályi változásokat a szerződő és a biztosított kíséri figyelemmel.

22.6. A biztosítási szerződés közvetítője lehet független vagy függő biztosításközvetítő.

22.6.1. Függő biztosításközvetítő az a biztosításközvetítő, aki biztosítóval fennálló jogviszony alapján

a) egy biztosító biztosítási termékeit vagy több biztosító egymással nem versengő biztosítási termékeit közvetíti (továbbiakban: ügynök);

b) egyidejűleg több biztosító egymással versengő biztosítási termékeit közvetíti (a továbbiakban: többes ügynök).

22.6.2. Független biztosításközvetítő az ügyfél megbízásából eljáró biztosításközvetítő (alkusz).

22.6.3. Az ügynök – és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy – közvetítői tevékenysége során okozott kárért a biztosító felelős, és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni. Ha az ügynök több biztosító megbízása alapján végzi közvetítői tevékenységét, a közvetítői tevékenységével okozott kárért az a biztosító felelős és az a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során az ügynök a kárt okozta.

A többes ügynök – és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy – közvetítői tevékenysége során okozott kárért a biztosító felelős, és a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni. A közvetítői tevékenységével okozott kárért az a biztosító felelős és az a biztosító köteles a felmerült sérelemdíjat megfizetni, amely termékének közvetítése során a többes ügynök a tevékenységével vagy mulasztásával a kárt okozta. Ha vitás, vagy nem állapítható meg, hogy mely biztosító termékének a közvetítése során okozta a többes ügynök a kárt vagy a sérelemdíj iránti igényt, a többes ügynök köteles a kárt megtéríteni, illetve a felmerült sérelemdíjat megfizetni.

Az alkusz a tevékenysége során a biztosítási szakmai szabályokat mindenkor megtartva köteles eljárni, az e kötelezettsége elmulasztásáért, így különösen a téves tanácsadásért, téves tájékoztatásért, a szabálytalan díjkezelésért, a nyilatkozatok hibás vagy késedelmes továbbításáért felelős.

22.6.4. Javadalmazás: A biztosításközvetítő a biztosítóval áll szerződéses jogviszonyban, tehát a biztosítási díj magába foglalja a javadalmazást.

22.6.5. Tanácsadás: Jelen biztosítási termék tanácsadás nélkül értékesíthető.

22.7. A biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről, amely a www.signal.hu oldalon érhető el a közzétételt követően.

22.8. A biztosító minden évben egy alkalommal, a biztosítási évfordulón, a következő biztosítási időszak első napjának hatályaival jogosult egyoldalúan módosítani a biztosítási díjat a Központi Statisztikai Hivatal által hivatalosan közzétett utolsó ismert 12 havi infláció mértékével. A biztosító ettől +/- 10 szá-

zalékponttal eltérhet. A biztosító a díjmelést a tájékoztatás megküldését követő évfordulóval alkalmazza. A biztosító a változást megelőzően 60 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt. Az alábbi körülmények lehetnek a díj módosításának okai:

- a) díjbefizetéssel, szolgáltatások teljesítésével kapcsolatos költségek változása (postai levélküldemények díjtételeinek változása, postai csekkbefizetés költségeinek változása, banki csoportos díjbeszedés költségteleinek változása, a díjbefizetést érintő banki tranzakciók díjtételeinek változása, stb.);
- b) technológiai változások az elektronikus kapcsolattartásban, ügyfélszolgálat költségeinek változása;
- c) biztosítási szerződésekhez kapcsolódó ügyfeladatok lekérdezésének költségváltozása (lakcímnnyilvántartás, halottregiszter, stb.);
- d) A szolgáltatáshoz tartozó kockázat számottevő növekedése.
- e) Külső szolgáltató partnerek díjainak változása.
- f) Viszontbiztosítási díjak emelkedése.
- g) Adó- vagy jogszabály-változások.

22.9. A biztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve a magyar.

A jelen Általános Szerződési Feltételek a szerkesztésének lezárásakor hatályos Bit. szövegének megfelelően készült (különös tekintettel a Titoktartási kötelezettség, Titokvédelemmel kapcsolatos előírásokra, valamint a Panaszkezelésre vonatkozó pontokra).

Az Általános Szerződési Feltételek szerkesztésének lezárási dátuma: 2025.09.30.

Tekintettel arra, hogy a Bit. módosítására a biztosítási szerződés létrejöttéig is sor kerülhet, ezért a www.signal.hu honlapon elérhető a mindenkor hatályos Bit. szövege.

BALESETI HALÁL

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül elhalálozik.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Amennyiben a biztosító a halál alapjául szolgáló balesettel összefüggésben a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra már szolgáltatást nyújtott, úgy a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra kifizetett összeget a baleseti haláleseti szolgáltatás összegéből levonja és csak a különbözetet fizeti ki.

KÖZLEKEDÉSI BALESETI HALÁL

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a közlekedési baleset megtörténtétől számított 1 éven belül elhalálozik.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

Közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősül közlekedési balesetnek:

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,

- jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, ütközésével, illetve megállításával összefüggésben következett be.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben a közlekedési baleseti halál esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Amennyiben a biztosító a halál alapjául szolgáló balesettel összefüggésben a közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra már szolgáltatást nyújtott, úgy a közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra kifizetett összeget a közlekedési baleseti haláleseti szolgáltatás összegéből levonja és csak a különbözetet fizeti ki.

KOCKÁZATI ÉLETBIZTOSÍTÁSI FEDEZET

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított bármilyen okú elhalálozása.

A biztosítási esemény időpontja a biztosított halálának napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben meghatározott, a haláleset napján hatályos biztosítási összeget fizeti ki.

3. KIZÁRÁSOK

Egyebekben a további kizárások, melyeket az általános szerződési feltételek tartalmaznak, érvényükben maradéktalanul fennállnak, azzal a kivétellel, hogy az öngyilkosságra vonatkozó kizárást a biztosító a jelen biztosítás megkötése után, az adott biztosított vonatkozásában 2 éven túli eseményekre nem alkalmazza. Amennyiben a biztosítási összeg a szerződés tartama alatt – az általános biztosító által felkínált értéknövelésen felül – emelésre kerül, öngyilkosság esetén – függetlenül a biztosítási esemény időpontjától – kizárólag a biztosítási eseményt megelőző 2 éven belül érvényes, utolsó módosítás előtti biztosítási összeg kerül kifizetésre.

BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosítottnál a baleset megtörténtétől számított 2 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű baleseti egészségkárosodást állapítanak meg. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. Amennyiben a baleset napjától számított 2 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékát, de legfeljebb a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetére meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Az egészségkárosodás mértékét az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatásként szolgál):

Testrészek maradandó egészségkárosodása	Térítés mértéke:
Egy kar vállizületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	55%
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Egy láb combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%
Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%
Az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

2.3. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot. Csak a legalább 20%-os baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás biztosítási esemény.

Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

2.6. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

2.7. Amennyiben a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet orvosi véleményt.

Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvosszakértőt lehet egy újabb felülvizsgálatra felkérni.

2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható, legalább 20%-os mértékű egészségkárosodás szerint járó kifizetést.

2.9. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,
- a balesetet követő 1 éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított 1 év eltelte után következik be, olyan maradandó egészségkárosodási mérték alapján teljesíthető a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

3. MEGSZŰNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben

részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A kiegészítő biztosítás díja adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kérhet:

- kórházi kezelőlap és zárójelentés eredeti példánya,
- friss orvosi jelentés eredeti példánya a biztosított állapotáról,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összecszerülésének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv (amennyiben készült ilyen).

4.2. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.

KÖZLEKEDÉSI BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosítottnál a közlekedési baleset megtörténtétől számított 2 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű baleseti egészségkárosodást állapítanak meg.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

Közlekedési balesetnek minősül a biztosítottat ért baleset abban az esetben, ha a biztosított gyalogosként, jármű vezetőjeként vagy utasaként szenved balesetet.

Nem minősül közlekedési balesetnek

- a gyalogost ért olyan baleset, amelynek bekövetkeztében nem hatott közre mozgó jármű,
- a kerékpárost ért olyan baleset, amelyben más jármű, vagy gyalogos közlekedése nem hatott közre,
- jármű utasát ért olyan baleset, amely nem a jármű vagy más jármű haladásával, ütközésével, illetve megállásával összefüggésben következett be.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékát, de legfeljebb a biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Az egészségkárosodás mértékét az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatásként szolgál):

Testrészek maradandó egészségkárosodása	Térítés mértéke:
Egy kar vállizületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	55%
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Egy láb combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%
Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%

Testrészek maradandó egészségkárosodása	Térítés mértéke:
A szaglóérzék teljes elvesztése	10%
Az ízelelőképesség teljes elvesztése	5%

2.3. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot.

Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

2.6. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

2.7. Amennyiben a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet orvosi véleményt.

Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvossalakértőt lehet egy újabb felülvizsgálatra felkérni.

2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható, legalább 20%-os mértékű egészségkárosodás szerint járó kifizetést.

2.9. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,
- a balesetet követő 1 éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított 1 év eltelte után következik be, olyan maradandó egészségkárosodási mérték alapján teljesíthető a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

3. MEGSZÚNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben

részletezetteken túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A kiegészítő biztosítás díja adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kérheti:

- kórházi kezelőlap és zárójelentés eredeti példánya,
- friss orvosi jelentés eredeti példánya a biztosított állapotáról,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv (amennyiben készült ilyen).

4.3. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.

BALESETI EREDETŰ PROGRESSZÍV SZOLGÁLTATÁSÚ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset megtörténtétől számított 1 éven belül maradandó, legalább 20%-os mértékű baleseti egészségkárosodást szenved.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1.a) Amennyiben a baleset napjától számított 2 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított legalább 20%-os, de 50%-ot meg nem haladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértéke alapján megállapított százalékát, fizeti ki.

b) Amennyiben a baleset napjától számított 1 éven belül megállapítható, hogy a baleset következményeként a biztosított 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett, a biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékének az 50%-ot meghaladó részére a szerződésben meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az ötszörösét veszi alapul, **azaz legfeljebb a biztosítási összeg háromszorosát fizeti ki.**

2.2. A maradandó egészségkárosodás mértékét az alábbiak szerint kell megállapítani (a táblázat csak iránymutatásként szolgál):

Testrészek maradandó egészségkárosodása:	Térítés mértéke:
Egy kar vállizületből való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület felettig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egy kar könyökizület alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy kéz teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	55%
Egy hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	10%
Bármely más ujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	5%
Egy láb combközép felettig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egy láb térd alatt való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	50%
Egyik láb lábszár közepéig való elvesztése vagy teljes működésképtelensége	45%

Egyik lábfej teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	40%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely másik lábujj teljes elvesztése vagy működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
A szaglóérék teljes elvesztése	10%
Az ízlésképesség teljes elvesztése	5%

2.3. Az előző pontból adódó maradandó egészségkárosodási mértékek (százalékok) összegződhetnek, de nem haladhatják meg a 100%-ot.

Amennyiben a szerződés hatálya alatt több biztosítási esemény is bekövetkezik és ezáltal a százalékok együttesen a 100%-ot meghaladják, vagy egy biztosítási esemény kapcsán a százalékok összegződnek és azok együttesen a 100%-ot meghaladják, úgy a biztosító szolgáltatásának felső határa minden esetben a biztosítási összeg.

2.4. Egyes testrészek vagy érzékszervek részbeni elvesztése, illetve részbeni működésképtelensége esetén az előző pontban megadott maradandó egészségkárosodás mértékének megfelelő hányadát kell figyelembe venni. Amennyiben a maradandó egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, a baleseti szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

2.5. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértéke független a biztosított foglalkozásától és egyéb tevékenységétől, a biztosító a bármely munkavégzést akadályozó egészségkárosodást veszi figyelembe.

2.6. A baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékét minden esetben a biztosító orvosa állapítja meg.

2.7. Amennyiben a biztosított a biztosító orvosa által megállapított baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás mértékével nem ért egyet, saját maga is beszerezhet orvosi véleményt.

Amennyiben az a biztosító orvosának véleményétől eltér, független, mindkét fél által elismert orvossal lehet egy újabb felülvizsgálatra felkérni.

2.8. A baleset utáni első évben a jelen kiegészítő biztosítás kapcsán, kifizetésre csak akkor kerülhet sor, ha a baleset következményei orvosi szempontból egyértelműen tisztázottak. Miután a biztosító fizetési kötelezettsége megállapítást nyert, a biztosított előlegként követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki az ebben az időpontban megállapítható, legalább 20%-os mértékű egészségkárosodás szerint járó kifizetést.

2.9. Ha a biztosított halála

- a balesetet követő 1 éven belül a balesetből kifolyólag következik be, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható,
- a balesetet követő 1 éven belül, de a balesettel össze nem függő okból vagy bármely okból, de a balesettől számított 1 év eltelte után következik be, olyan maradandó egészségkárosodási mérték alapján teljesíthető a szolgáltatás, amellyel a legutolsó orvosi vizsgálat megállapítása alapján számolni kellett volna.

3. MEGSZÚNÉS

Jelen kiegészítő biztosítás a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettekén túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A kiegészítő biztosítás díja adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igényt a baleset bekövetkeztétől számított egy éven belül kell bejelenteni, de ebben az esetben is a biztosítási esemény bekövetkeztét a biztosítóval 5 munkanapon belül írásban közölni kell.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kérheti:

- kórházi kezelőlap és zárójelentés eredeti példánya,
- friss orvosi jelentés eredeti példánya a biztosított állapotáról,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel összefüggésben hatósági eljárás indult, és annak eredménye a biztosító szolgáltatási jogalapjának vagy összegszerűségének megállapításához elengedhetetlenül szükséges, akkor a biztosító kérheti a rendőrségi jegyzőkönyvet, rendőrségi vagy hatósági határozatot,
- a közlekedési vállalat által a helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyv (amennyiben készült ilyen).

4.3. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges okmányok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító jogosult.

BALESETI KÓRHÁZI NAPIDÍJ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, 5 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a biztosítottat ért balesettel okozati összefüggésben álló kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiállításának napjával végződik.

1.2. Nem terjed ki a biztosítás:

- geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolásra és a gyógytornára, fogyókúra kezelésekre,
- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
- fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásaira.

1.3. Nem vonatkozik a biztosítási védelem a kockázatviselés kezdete előtt történt balesettel ok-okozati összefüggésben álló kórházi tartózkodásra és/vagy kezelésre.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, a baleset napjától számított 1 éven belül, **de maximum 30 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy az 5 napot meghaladta a kórházi ellátás.**

2.2. Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása 1 éven belül maximum 30 napra korlátozódik.

2.3. A kórházi napidíj mértéke a választott biztosítási összeg 100%-a.

BÁRMELY OKÚ KÓRHÁZI NAPIDÍJ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, ha a biztosított baleset vagy betegség miatt orvosilag szükségesnek tartott, 5 napot meghaladó kórházi gyógykezelésre szorul. A biztosítási esemény a kórházi kezelés első napjával kezdődik és a kórházból történő elbocsátással, a kórházi zárójelentés kiadásával végződik.

1.2. Nem terjed ki a biztosítás:

- geriátriai, rehabilitációs, gyógypedagógiai, logopédiai kezelésekre, a házi ápolás és a gyógytornára, fogókúrák kezelésekre,
- tüdőbetegek számára fenntartott gyógyintézetek és szanatóriumok,
- idült, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők gyógy- és gondozóintézetei,
- gyógyüdülők és utógondozó szanatóriumok,
- fürdő- és egyéb gyógyintézetek,
- ideg- és elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei által nyújtott ellátásaira.

Nem terjed ki a biztosítási védelem továbbá, ha a kórházi ellátás oka:

- terhesség, szülés, vetélés, művi és nem orvosi javaslatra történő terhességmegszakítás, koraszülés,

- mesterséges megtermékenyítéssel összefüggő vizsgálatok és kezelések,
- sterilizáció,
- rendszeres kábítószer- vagy alkoholfogyasztás miatt bekövetkező kórházi ápolás,
- lézeres látásjavító műtét,
- fogpótló sebészeti beavatkozások
- kozmetikai és plasztikai sebészeti beavatkozások
- orvosi, illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelések.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító minden naptári napra, amelyen a biztosított biztosítási esemény (baleset vagy betegség) miatt orvosilag indokolt kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, – baleset esetén a baleset napjától számított 1 éven belül –, **biztosítási évente maximum 30 napra kórházi napidíjat fizet, feltéve, hogy az 5 napot meghaladta a kórházi ellátás.**

2.2. Több biztosítási esemény bekövetkezte esetén is a biztosító szolgáltatása 1 éven belül maximum 30 napra korlátozódik.

2.3. A kórházi napidíj mértéke a választott biztosítási összeg 100%-a.

BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkező olyan baleset, amelynek következtében a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított számára baleseti következmények elkerülésére orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra kerül sor; amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretében végeznek.

1.2. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

1.3. Nem minősül biztosítási eseménynek:

- kozmetikai és plasztikai kezelésekkal összefüggő műtét,
- előzőleg ismert balesetek kapcsán végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás, a következő: a kockázatviselés kezdetét megelőzően bekövetkezett balesetekkel összefüggésben végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás,
- halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal igazolt szükségessége még a kockázatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,

- diagnosztikus műtét, vizsgálat, melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,
- orvosi műhibából adódó műtét,
- patológiás törés miatti műtét,
- a diagnosztikus artroszkópos és endoszkópos műtét.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére baleseti műtéti térítést fizet.

2.2. A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műtéti térítésenként – jelen feltételek 5. pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200%-a kerül kifizetésre.

2.3. Ha egy műtéti beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg.

2.4. Olyan műtéteknél, melyek elvégzésénél a jelen szerződés létrejöttét megelőzően fennálló állapotok jelentős mértékben (legalább 25%-ig) közrehatottak, a biztosító a térítés összegét ezen közrehatás mértékével csökkenti. Ezt a közrehatást, illetve a mértéket a biztosító orvosa állapítja meg.

2.5. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 5. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen, táblázatban nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

3. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

3.1. A baleseti műtéti térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

3.2. A biztosító 1 biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 2 alkalommal teljesít kifizetést, és összességében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.

4. MŰTÉTEK BESOROLÁSA (példák)

A teljes műtéti lista a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán (1123 Budapest, Alkotás u. 50.) megtekinthető.

4.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások (0%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
57880	Belső fémrögzítés eltávolítása
58900	Bőrvarrat
58175	Csuklóprotézis eltávolítása

4.2. 2. csoport: egyszerű beavatkozások (25%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
5837H	Achilles-ín szakadás helyreállítása
57922	Húzóhurkos csontöngztetés
51950	Dobhártyaplasztika
58400	Kézujj amputáció

4.3. 3. csoport: középnagy műtétek (50%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
51470	Szemlencse beültetés
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57902	Combnyak-szegezés
51420	Lencse eltávolítása

4.4. 4. csoport: nagy műtétek (100%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
58480	Combamputáció
53836	Érpótlás a medencei- és combvéroér között
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
53030	Teljes gégeeltávolítás
53240	Tüdőleány eltávolítása

4.5. 5. csoport: különleges műtétek (200%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
53502	Zárt billentyűbemetszés kéthegyű billentyűn
53743	Kamrai sérülés ellátása
54240	Nyelőcső teljes eltávolítása

BÁRMELY OKÚ MŰTÉTI TÉRÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosított betegsége vagy a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított orvosilag szükségesnek tartott, orvos által elvégzett műtéti eljárásokra, sebészeti beavatkozásokra szorul, amelyeket az orvos-szakmai szabályok betartásával kórházi fekvőbeteg ellátás keretén belül végeznek.

1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek:

- érfestések, biopsziák,
- kozmetikai és plasztikai kezelésekkel összefüggő műtétek,
- terhesség alatti, a terhességgel vagy terhességmegszakítással összefüggő műtét, vetélés, művi és nem orvosi javaslatra történő terhességmegszakítás, kora-

szülés, valamint ezekkel az eseményekkel összefüggő műtétek,

- a méhen kívüli terhesség miatti műtét,
- mesterséges megtermékenyítéssel összefüggő vizsgálatok és kezelések,
- fogamzásgátlás – sterilizáció – és azzal összefüggő műtét,
- nemi jelleg megváltoztatása, kivéve az orvosi javaslatra történő beavatkozások,
- lézeres látásjavító műtétek,
- műtéti szövödmények miatti beavatkozás,
- halasztott műtét, melynek orvosi dokumentumokkal igazolt szükségessége még a kockázatviselés kezdetét megelőzően megállapításra került,
- diagnosztikai céllal végzett artroszkópos- és endoszkópos műtét, vizsgálat melynek nincsen az adott műtéti eljárás keretein belül terápiás következménye,
- orvosi műhibából adódó műtét,

- **patológiás törés miatti műtét,**
 - **orvosi, illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelések**
 - **előzőleg ismert balesetek kapcsán végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás,” a következőre: a kockázatviselés kezdetét megelőzően bekövetkezett balesetekkel összefüggésben végrehajtott műtétek következménye miatti beavatkozás,**
 - **természetgyógyászati gyógyellátások, illetve az azok következménye miatt szükségessé vált műtét,**
 - **fogászati, szájsebészeti műtét és fogpótló sebészeti beavatkozások**
 - **felszínes bőrelváltozások kimetszése, mint például: zsírcsomó-, anyajegy-, szemölcs-, jégárpa eltávolítása**
- 1.3.** A biztosítási esemény időpontja a műtét napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosított részére műtétí térítést fizet.

2.2. A biztosító a jelen feltételek szerint vállalt műtéteket súlyosságuk alapján 5 térítési kategóriába sorolja. Műtétí térítésenként – jelen feltételek 5. pontja alapján – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában érvényes biztosítási összeg 0%, 25%, 50%, 100%, 200% -a kerül kifizetésre.

2.3. Ha egy műtétí beavatkozás során több sebészeti (ugyanazon baleseti vagy betegségi következmény elhárítását célzó) eljárás szükséges, akkor a térítés alapja a beavatkozás során elvégzett legmagasabb %-os értékű eljárásért fizetendő összeg.

2.4. Olyan műtéteknél, melyek elvégzésénél a jelen szerződés létrejöttét megelőzően fennálló állapotok jelentős mértékben (legalább 25%- ig) közrehatottak, a biztosító a térítés összegét ezen közrehatás mértékével csökkenti. Ezt a közrehatást, illetve a mértéket a biztosító orvosa állapítja meg.

2.5. A műtétí eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a 5. pontban található. Az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán megtekinthető. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás ezen táblázatban nem található, úgy a műtétí besorolást a biztosító orvosa állapítja meg.

3. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

3.1. A műtétí térítésre vonatkozó szolgáltatási igényt a műtét elvégzését követő 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

3.2. A biztosító egy biztosítási éven belül több biztosítási eseménnyel kapcsolatban is legfeljebb 2 alkalommal teljesít kifizetést, és összességében maximum a biztosítási összeg kétszeresét fizeti ki.

4. MŰTÉTEK BESOROLÁSA (példák)

A teljes műtétí lista a biztosító Központi Ügyfélszolgálatán (1123 Budapest, Alkotás u. 50.) megtekinthető.

4.1. 1. csoport: egyszerű beavatkozások (0%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
57880	Belső fémrögzítés eltávolítása
58175	Csuklóprotézis eltávolítása
58900	Bőrvarrat

4.2. 2. csoport: egyszerű beavatkozások (25%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
54700	Vakbélműtét (féregnyúlvány eltávolítása)
52810	Mandulaműtét
54010	Nyirokcsomó eltávolítás
52950	Dobhártyaplasztika
57922	Húzóhurkos csontöregítés
58400	Kézujj amputáció

4.3. 3. csoport: középnagy műtétek (50%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
51470	Szemlencse beültetés
57670	Arctörések nyílt helyreállítása
57902	Combnyak-szegezés
51420	Lencse eltávolítása
56011	Prostata eltávolítás húgycsővön keresztül
55100	Epehólyag eltávolítás

4.4. 4. csoport: nagy műtétek (100%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
54120	Lépeletávolítás
54540	Vékonybél kimetszés
55540	Veseeltávolítás
50200	Benyomatos koponyatörés ellátása
58480	Combamputáció
53836	Érpótlás
52070	Félkörös ívjáratok kimetszése
53030	Teljes gégeeltávolítás
53240	Tüdőleány eltávolítása
53502	Zárt billentyűbemetszés kéthegeű billentyűn

4.5. 5. csoport: különleges műtétek (200%-os térítés)

WHO-kód	Műtét megnevezése
53502	Zárt billentyűbemetszés kéthegeű billentyűn
53743	Kamrai sérülés ellátása
54240	Nyelőcső teljes eltávolítása
55040	Májátültetés
53750	Szívátültetés
53340	Tüdőátültetés

BALESETI EREDETŰ PLASZTIKAI MŰTÉTRE

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított testfelülete olyan mértékben károsodik vagy deformálódik, amely külső megjelenését a gyógyulást követően is hátrányosan befolyásolja, és ezen hátrány megszüntetése érdekében orvosi javaslatra rekonstrukciós célú plasztikai műtétnek veti alá magát.

1.2. Nem minősül biztosítási eseménynek a korábbi esztétikai célú plasztikai műtétet követő helyreállító (rekonstrukciós) plasztikai műtét vagy beavatkozás, valamint az orvosi műhiba következtében szükségessé váló rekonstrukciós műtét/beavatkozás sem.

1.3. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti eredetű plasztikai műtét esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti a plasztikai műtéttel kapcsolatos orvosilag igazolt költségeket (pl. orvosi honorárium, gyógyszerek, kötszerek, kórházi tartózkodás költségei).

2.2. A plasztikai műtétnek és az ezzel kapcsolatos kórházi tartózkodásnak a balesetet követően 1 éven belül kell történnie.

2.3. A biztosító a plasztikai műtéttel kapcsolatos költségeket csak a műtétet végző (NEAK általi működési engedéllyel rendelkező) egészségügyi intézmény által a biztosított nevére kiállított számla eredeti példánya ellenében téríti meg.

CSONTTÖRÉS, CSONTREPEDÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amely következtében a biztosított csonttörést vagy csontrepedést szenved.

1.2. Fogtörés nem minősül csonttörésnek, illetve a fogrepedés nem minősül csontrepedésnek.

1.3. A patológiás- és osteoporotikus törés (stressztörés) nem minősül biztosítási eseménynek.

1.4. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén – balesetenként a törések vagy repedések számától függetlenül – egyszeri kifizetésként a biztosítási esemény időpontjában hatályos, a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási összeget fizeti ki.

2.2. Biztosítási évente biztosítottanként, maximum 2 biztosítási eseményre történhet szolgáltatás.

ÉGÉSI SÉRÜLÉSI TÉRÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított égési sérülést szenved.

A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben az égési sérülések esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összegnek az égési sérülés súlyossága alapján megállapított százalékát fizeti ki. A térítés mértéke az égési sérülés súlyosságától és kiterjedtségétől függően a következő:

Testfelület Súlyosság	10–19%	20–49%	50–80%	80% felett
I. fokú	10%	15%	20%	25%
II. fokú	25%	40%	50%	100%
III. fokú	100%	100%	100%	150%
IV. fokú	150%	150%	200%	200%

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti százaléka.

2.1. Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle súlyosságú és/vagy kiterjedésű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedésének százalékos mértékét összeadva, a legmagasabb súlyosságú sérülés szorzójával állapítja meg. **Ez azonban összességében a 200%-ot nem haladhatja meg.**

2.2. A biztosító szolgáltatása 1 biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.

BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosítottnak baleseti költségei merülnek fel.

1.2. Baleseti költségnek minősülnek a balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított gyógyulásával, gyógykezelésével kapcsolatos, a biztosított nevére kiállított számlával igazolt:

- gyógyászati segédeszközök beszerzésének vagy más, a kezeléshez szükséges eszközök (pl.: gyógyszer, kötszer, stb.) szükséges mennyiségben való beszerzésének költségei,
- rehabilitációs költségek,
- mentési költségek, amelyek akkor válnak szükségessé, ha a balesetet szenvedett biztosított sérülten mentésre szorul, vagy ha meghal és a holtteste csak mentéssel hozzáférhető,
- szállítási költségek, amelyek akkor merülnek fel, ha a balesetet szenvedett biztosítottat a baleset helyszínéről a kezelésre alkalmas legközelebbi kórházba vagy orvoshoz szállítják, vagy ha a biztosított baleset következtében meghal, és a holttestét a baleset helyszínéről elszállítják.

1.3. Nem téríti meg a biztosító:

- a fürdőkúrákkal és üdülésekkel kapcsolatos utazási és tartózkodási költségeket, illetve

- a fogpótlásból vagy más gyógyászati segédeszközök javításából vagy újbóli beszerzéséből adódó költségeket.

1.4. Nem minősül továbbá baleseti költségnek a gyógyászati segédeszközök beszerzésének költsége, ha az nem áll közvetlen ok-okozati összefüggésben a balesettel.

1.5. A gyógyászati segédeszközök szükségességét a biztosító orvosa felülbíráhatja.

1.6. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti költségtérítésre meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeg erejéig megtéríti az 1.2. pontban meghatározott baleseti költségeket, amennyiben azok a baleset napjától számított 1 éven belül merülnek fel, és más módon nem térülnek meg.

2.2. Egy biztosítási évben a biztosító szolgáltatásának felső határa maximum a biztosítási összeg 100%-a, függetlenül a biztosítási események számától.

BALESETI GYÓGYULÁSI TÁMOGATÁS

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a baleset napjától számított 1 éven belül orvosilag szükségesnek tartott:

- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt nem kerül sor műtéti beavatkozásra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt csak egy napon kerül sor műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül, és az ellátás keretében és ideje alatt több napon is sor kerül műtéti beavatkozásra, illetve beavatkozásokra, vagy
- kórházi fekvőbeteg-ellátásban nem részesül, de műtetre vagy egy napon belül több műtetre szorul.

1.2. Jelen biztosítás szempontjából kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesül az a személy, akit orvosi ellátás igénybevétele céljából a kórházba több napra szólóan, úgy vesznek fel, hogy a személy a kórházi felvétel, illetve elbocsátás napja között minden éjszakát a kórházban tölt orvosi ellátással kapcsolatban.

A kórházi fekvőbeteg-ellátás esetén a biztosító szolgáltatása szempontjából a kórházi ápolás első napja a kórházi felvétel napja, utolsó napja pedig a kórházból történő elbocsátás napja.

1.3. Nem terjed ki a biztosítás:

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

1.4. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosító a biztosítási szerződésben baleseti gyógyulási támogatás esetére meghatározott, a baleset napján hatályos biztosítási összeget, illetve annak a többszörösét fizeti ki.

A térítés mértéke a kórházi napok számától és az elvégzett műtét vagy műtétek százalékos besorolásától függően a következő:

Műtéti csoportok					
Kórházi ápolási napok száma	Nem történt beavatkozás vagy 0%-os térítésű a műtét	Egyszerű beavatkozás (25%-os térítés)	Középnagy műtétek (50%-os térítés)	Nagy műtétek (100%-os térítés)	Különleges műtétek (200%-os térítés)
0–7	0	1	2	3	4
8–14	1	2	3	4	5
15–30	2	3	4	5	6
31–	3	4	5	6	7

Térítés mértéke: a biztosítási összeg táblázat szerinti többszöröse.

2.2. Az egy műtét során vagy egy napon belül elvégzett műtéti beavatkozások és sebészeti eljárások közül a biztosító kizárólag a legsúlyosabb műtétet veszi figyelembe a szolgáltatásnál, illetve mértékének meghatározásánál.

2.3. Ha a fekvőbeteg-ellátás során, a kórházi ápolás időszaka alatt eltérő napokon több műtéti beavatkozást, illetve beavatkozásokat is végeznek, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét egyik tényezőként meghatározó szorzót (többszörözőt) az alábbiak szerint állapítja meg:

A 2.2. pont szerint figyelembe veendő elvégzett legsúlyosabb műtét (több azonos súlyosságú műtét esetén egyhez) hozzárendeli a teljes kórházi ápolási napok számát és a táblázat szerinti szorzót, majd ehhez egymás után hozzáadja a további műtéti beavatkozásokhoz és – mindegyik esetén – nulla kórházi ápolási naphoz rendelt szorzókat. Tehát a biztosító az említett szorzók összegében állapítja meg az említett szorzót.

2.4. A műtéti eljárások kivonatos listája és a térítések %-os besorolása a Baleseti műtéti térítésre vonatkozó feltétel 4. pontjában található, az orvosi beavatkozások térítési csoportok szerinti részletes listája a biztosítónál megtekinthető.

2.5. Amennyiben az elvégzett sebészeti beavatkozás a műtéti listán nem található, úgy a műtéti besorolást a biztosító orvosa állapítja meg a műtéti táblázatban szereplő esetekkel való összehasonlítás alapján.

2.6. A biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg egy biztosítási eseményből kifolyólag a biztosítási eseménytől számított két éven belül a biztosítási összeg tizenöt-szörösét.

2.7. A biztosító szolgáltatása 1 biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezte esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg tizenöt-szörösét.

2.8. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

BALESETI KERESŐKÉPTELENSÉG

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

1.1. Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül a biztosítási szerződés hatálya alatt, a biztosítottat ért baleset, amelynek következtében a biztosított a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

1.2. A biztosítási esemény időpontja a baleset napja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító a baleset napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást.

2.2. A folyamatos keresőképtelenség első, a biztosítási szerződésben meghatározott számú napjára (önrész) a biztosító nem teljesít szolgáltatást. Az önrész a szerződő döntésétől függően lehet 7 vagy 14 nap.

2.3. A szolgáltatás mértéke:

a baleset napján hatályos biztosítási összegnek és azon napok számának a szorzata, amely napokon a biztosított keresőképtelen volt, figyelembe véve az önrészt.

2.4. A biztosító egy káreseménnyel összefüggésben a baleset napjától számított 1 éven belül legfeljebb 90 napra teljesít szolgáltatást.

2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb 90 napra teljesít szolgáltatást.

3. A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYE

3.1. Nem köthető meg baleseti keresőképtelenségi kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult a társadalombiztosítás rendszerében finanszírozott keresőképtelenségi ellátásra – táppénzre, baleseti táppénzre, pl. munkanélküli, nyugdíjas, nappali tagozatos hallgató.

3.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy öregségi nyugdíjra jogosultságának megszerzéséig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el az öregségi nyugdíjra a jogosultságot, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik. A biztosítási díj ezen napig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ EGYÉB RENDELKEZÉSEK

4.1. A biztosító és a szerződő a biztosítási ajánlat elfogadása előtt előírhatja az egészségbiztosítási járulék fizetésére vonatkozó kötelezettség igazolását, illetve jövedelemigazolás benyújtását.

4.2. A biztosított köteles a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a saját jogú keresőképtelenségi ellátásra való jogosultsága. Ebben az esetben a biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítás megszűnik.

5. MEGSZŰNÉS

A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás az ÁSZF-ben leírtakon kívül, adott biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, a következő biztosítási évfordulón:

- a) ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot,
- b) ha a biztosított rokkantsági nyugdíjra szerez jogosultságot,
- c) ha a biztosított 50%-os vagy az ennél súlyosabb fokú össz-szervezeti egészségkárosodását az arra jogosult társadalombiztosítási szerv határozatában megállapította.

Amennyiben a jelen pontban felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy a biztosított és szerződő köteles azt a bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

6. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

6.1. A szolgáltatás iránti igényt a számla keltétől számított 5 munkanapon belül írásban jelenteni kell a biztosítónak.

6.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány megállapítására jogosult szerv által a táppénzes és/vagy keresőképtelenségi állomány igazolására rendszeresített nyomtatványok eredeti vagy másolati példányát,
- szükség esetén NEAK/MEP igazolást eredeti példányt.

6.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál a gyógykezelés indokoltságát és az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

BÁRMELY OKÚ KERESŐKÉPTELENSÉG (15 NAPOS) EGYSZERI TÉRÍTÉSSSEL

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, balesetből vagy betegségből eredően, 15 napot meghaladóan a hatályos jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon folyamatosan keresőképtelen állományban van, és táppénzt vesz igénybe.

A biztosított köteles a biztosítónak 15 napon belül az alábbiakat írásban bejelenteni, amennyiben a biztosítás tartama alatt megszűnik a kötelező egészségbiztosítás rendszerében a táppénzre való jogosultsága. Ebben az esetben a szerződés baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a táppénzre vonatkozó jogosultság megszűnését követő hónap első napján megszűnik.

A biztosítási szolgáltatás megszűnik, amennyiben a biztosított a biztosítás tartama alatt öregségi nyugdíjra, rokkantsági-, baleseti rokkantsági-, rehabilitációs-, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátásra, járadékra (a továbbiakban: nyugdíj) szerez jogosultságot. Ebben az esetben a szerződés baleseti keresőképtelenségre vonatkozó biztosítást tartalmazó része a nyugdíjjogosultság megszerzését követő hónap első napján szolgáltatás az adott biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 1 éven belül bekövetkező, a betegségi vagy baleseti következmények elhárítása miatt szükséges keresőképtelen napokra nyújt szolgáltatást.

2.2. A folyamatos keresőképtelenség első 15 napjára, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

2.3. A szolgáltatás mértéke:

Folyamatos keresőképtelenség esetén, a biztosító a keresőképtelenség első napján hatályos biztosítási összege fizeti ki, egyszeri térítésként; **feltéve, hogy a keresőképtelen napok száma meghaladja a 15 napot.**

2.4. A biztosító egy káreseménnyel összefüggésben, illetve 1 biztosítási éven belül csak egyszer nyújt szolgáltatást.

2.5. A biztosító egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén is legfeljebb egyszer nyújt szolgáltatást.

3. A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYE

3.1. Nem köthető meg baleseti keresőképtelenségi kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki saját jogon nem jogosult a társadalombiztosítás rendszerében finanszírozott keresőképtelenségi ellátásra – táppénzre, baleseti táppénzre, pl. munkanélküli, nyugdíjas, nappali tagozatos hallgató.

3.2. A kiegészítő biztosítás a biztosított személy öregségi nyugdíjra jogosultságának megszerzéséig köthető meg. Ha a biztosított a biztosítási szerződés tartama alatt éri el az öregségi nyugdíjra a jogosultságot, a kiegészítő biztosítás a következő biztosítási évfordulón megszűnik.

4. A BIZTOSÍTÁSRA VONATKOZÓ EGYÉB RENDELKEZÉSEK

4.1. A biztosító a biztosítási ajánlat elfogadása előtt előírhatja az egészségbiztosítási járulék fizetésére vonatkozó kötelezettség igazolását, illetve jövedelemigazolás benyújtását.

4.2. A biztosított köteles a biztosítónak bejelenteni, ha a biztosítás tartama alatt szűnik meg a saját jogú keresőképtelenségi ellátásra való jogosultsága. Ebben az esetben a biztosítási évfordulón a kiegészítő biztosítás megszűnik.

5. MEGSZŰNÉS

A baleseti keresőképtelenségre vonatkozó kiegészítő biztosítás az ÁSZF-ben leírtakon kívül, adott biztosított vonatkozásában megszűnik az alábbi esetek bármelyikének bekövetkezése esetén, a következő biztosítási évfordulón:

- a) ha a biztosított öregségi nyugdíjra szerez jogosultságot,
- b) ha a biztosított rokkantsági nyugdíjra szerez jogosultságot,
- c) ha a biztosított 50%-os vagy az ennél súlyosabb fokú össz-szervezeti egészségkárosodását az arra jogosult társadalombiztosítási szerv határozatában megállapította.

Amennyiben a jelen pontban felsorolt feltételek közül bármelyik bekövetkezik, úgy a biztosított és szerződő köteles azt a bekövetkezésétől számított 30 napon belül a biztosítóhoz írásban bejelenteni.

6. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE A SZOLGÁLTATÁS KIFIZETÉSE ALÓL, A KOCKÁZATVISELÉSBŐL KIZÁRT ESEMÉNYEK

A biztosító kockázatviselése az ÁSZF-ben meghatározottakon kívül nem terjed ki:

- a nem saját jogú keresőképtelenségre (pl. szülőnek a gyermeke miatti keresőképtelensége, szülő ápolása miatti keresőképtelenség),
- az olyan keresőképtelenségre, amely nem a biztosított egészségi állapota romlásának megakadályozása miatt következett be,
- az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat.

D-E ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, az arra jogosult állami szerv – Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya vagy jogutódja/jogutódjai – a biztosítottat D-E vagy annak megfelelő rokkantsági csoportba sorolja és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz.

A biztosítási esemény időpontja a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya (vagy jogutódja/jogutódjainak) orvosi határozatában a baleseti rokkantsági nyugdíj jogosultság, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosság kezdeteként megjelölt nap.

2. NEM BIZTOSÍTHATÓ SZEMÉLYEK

2.1. Jelen feltételek szerint nem köthető D-E rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki az arra jogosult nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be valaha igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.

2.2. Jelen feltételek szerint nem köthető rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, akit a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya vagy jogelődje a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezettként tartanak nyilván.

3. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget téríti meg.

3.2. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki, így állapotrosszabbodás esetén sem történik újabb kifizetés.

3.3. A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes magyar társadalombiztosítással rendelkezik.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A szolgáltatás iránti igényt a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozat kézhezvételétől számított 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozatot és orvosi határozatot,
- a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.) másolatát.

4.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult.

5. KIZÁRÁSOK

Egyebekben a további kizárások, melyeket az általános szerződési feltételek tartalmaznak, érvényükben maradéktalanul fennállnak. Jelen rendelkezésben foglaltakra, az általános szerződési feltételek közlési és változás bejelentési kötelezettségre vonatkozó szabályai változatlan tartalommal vonatkoznak.

C2 ROKKANTSÁGI KIEGÉSZÍTŐ

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül, ha a biztosítási szerződés hatálya alatt, az arra jogosult állami szerv – Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya vagy jogutódja/jogutódjai – a biztosítottat C2 vagy annak megfelelő rokkantsági csoportba sorolja és erről baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozatot hoz.

A biztosítási esemény időpontja a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya (vagy jogutódja/jogutódjainak) orvosi határozatában a baleseti rokkantsági nyugdíj jogosultság, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosság kezdeteként megjelölt nap.

2. NEM BIZTOSÍTHATÓ SZEMÉLYEK

2.1. Jelen feltételek szerint nem köthető C2 rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, aki az arra jogosult nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be valaha igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához, vagy ilyen ellátásban részesül.

2.2. Jelen feltételek szerint nem köthető rokkantságra vonatkozó kiegészítő biztosítás olyan személyre, akit a Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Főosztálya vagy jogelődje a kockázatviselés kezdetét megelőzően véleményezett, és a Hivatalnál új vagy régi véleményezett-ként tartanak nyilván.

3. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes biztosítási összeget téríti meg.

3.2. A biztosító a szolgáltatást a biztosítás tartama alatt csak egyszer fizeti ki, így állapotrosszabbodás esetén sem történik újabb kifizetés.

3.3. A biztosított a szolgáltatásra csak abban az esetben jogosult, ha érvényes magyar társadalombiztosítással rendelkezik.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A szolgáltatás iránti igényt a baleseti rokkantsági nyugdíjra, vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító végleges határozat kézhezvételétől számított 5 munkanapon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő iratok benyújtását kéri:

- baleseti rokkantsági nyugdíjra vagy rokkantsági nyugdíjra jogosító határozatot és orvosi határozatot,
- a határozat alapjául szolgáló betegségekre vonatkozó orvosi iratok (leletek, kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, stb.).

4.3. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosítottnál az egészségi állapotot a biztosító orvosával ellenőriztesse.

4.4. Az igény elbírálása során a biztosító bizonyítási eljárást folytathat le, amelynek keretében további szükséges iratok benyújtását kérheti és orvosi vizsgálatokat is elvégeztethet. A vizsgálatok lefolytatására a biztosító orvosa jogosult.

5. KIZÁRÁSOK

Egyebekben a további kizárások, melyeket az az általános szerződési feltételek tartalmaznak, érvényükben maradéktalanul fennállnak. Jelen rendelkezésben foglaltakra, az általános szerződési feltételek közlési és változás bejelentési kötelezettségre vonatkozó szabályai változatlan tartalommal vonatkoznak.

KIEMELT KOCKÁZATÚ (KRITIKUS) BETEGSÉGEKRE VONATKOZÓ KIEGÉSZÍTŐ FELTÉTELEK

1. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Jelen feltétel szempontjából biztosítási eseménynek minősül az 1.2 pontban meghatározott, a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül, váratlanul bekövetkezett betegség.

1.2. BETEGSÉGEK MEGHATÁROZÁSA

1.2.1. A szívizomelhalás (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részeinek elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége. Jelen feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.

1.2.2. Rosszindulatú daganatos betegség esetén a szövettani atípia jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása áll fenn, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió) és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szerv inváziójának lehetősége (metasztázis/áttét).

Jelen feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatok alábbi csoportjaira:

- rákelőző (precarcinoma) állapotok,
- a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
- a bőrrák, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
- a HIV pozitív diagnózis mellett fellepő bármely daganat,
- chronikus lymphoid leukaemia.

1.2.3. Krónikus veseelégtelenség áll fenn, ha a vesék működései visszafordíthatatlanul csökkentek és ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető és a beteg a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rendszeres, tartós dialíziskezelés megkezdésének időpontja, amennyiben a kezelés még legalább 60 napig tart, vagy ezen időszak alatt veseátültetésre kerül sor.

1.2.4. Agyi érkatasztrófa az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfalszakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán maradandó szervi, idegrendszeri károsodás alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa felléptét követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók. **Valamely balesettel oki összefüggésben lévő érkatasztrófákra a biztosítás nem terjed ki.**

1.2.5. Jelen feltételek szempontjából szervátültetésnek minősül az a műtéti beavatkozás, melynek során a szervet kapó (recipiens) testébe más szervezetéből (donor) szív, szív-tüdő komplexum, tüdő, máj vagy vese kerül átültetésre.

Szövet- és sejtátültetés nem fedi a szervátültetés fogalmát, emiatt a csontvelő-, hasnyálmirigy-, bőr- és csontátültetés nem biztosítási esemény.

1.2.6. Jelen feltételek szempontjából szívkoszorúér-műtétnek számít az a nyitott mellkasi beavatkozás, melynek célja két vagy több ér koszorúérfestéssel igazolt szűkületének vagy elzáródásának megszüntetése a beteg érszakasz eltávolítása és annak a szervezet más részéből származó érrel való pótlása által.

1.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egyes betegségek esetén a következő:

1.3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja szívinfarktus esetén a szívinfarktus-diagnózis felállításának napja.

1.3.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a rosszindulatú daganatok esetén a diagnózis felállításának a napja.

1.3.3. A biztosítási esemény időpontja veseelégtelenség fellépésekor a rendszeres, tartós dialízis kezelés megkezdését követő 60 nap.

1.3.4. A biztosítási esemény időpontja agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellepését követő 30 nap után is egyértelműen kimutathatók.

1.3.5. A biztosítási esemény időpontja a szervátültetés esetén a műtét időpontja.

1.3.6. A biztosítási esemény időpontja a szívkoszorúér műtét esetén a műtét időpontja.

2. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító a biztosítási esemény időpontjában érvényes összeget téríti meg.

2.2. A biztosítási összeg csak egyszer kerülhet kifizetésre, akkor is, ha több betegség együttesen lép fel, illetve a kárkifizetést követően újabb betegség vagy abból eredő halál következik be.

3. MEGSZÚNÉS

A szerződés a Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételeiben részletezettek túl adott biztosított esetében megszűnik, akkor is, ha a jelen kiegészítő biztosítás biztosítási összegének 100%-a kifizetésre került. Ebben az esetben a megszűnés időpontja a kifizetést követő hónap 1. napja. A biztosított a szerződés létszám nyilvántartásából törlésre kerül. A kiegészítő biztosítás díja adott biztosított vonatkozásban ezen időpontig illeti meg a biztosítót.

4. A BIZTOSÍTÓ TELJESÍTÉSE

4.1. A szolgáltatás iránti igényt legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkezését követő 60 napon belül írásban kell a biztosítónak jelenteni.

4.2. A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez a biztosító az ÁSZF 18.2. pontjában leírtakon túl a következő speciális iratok, illetve dokumentumok bemutatását is kérheti:

4.2.1. Szívizomelhalás bizonyításához az alábbi körülmények hiteles egészségügyi dokumentummal igazolható jelenléte szükséges:

- a kórtörténetben típusos mellkasi fájdalom és
- friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás és
- szívizom-specifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedése (a két utóbbi körülmény megvalósulása önmagában is bizonyító értékű) és/vagy
- egyértelmű kórbonctani információ, mely bizonyítja a friss és a halállal közvetetten oki összefüggésben lévő szívizomelhalás tényét. Friss szívizomelhalásra utaló EKG elváltozás (jelen különös feltételek szempontjából csak azok a szívizomelhalások tekinthetők a kockázatviselési körbe tartozónak, melyeknél a koszorúér-elzáródással okozati összefüggésben a hagyományos – 12 elvezetéses – EKG felvétel bármelyik elvezetésében kóros, korábban nem észlelt Q hullám – szélessége meghaladja a 40 ms-ot, amplitudója az R hullám amplitudójának 25%-át) és az úgynevezett szívizomspecifikus enzimszintek kórjelző mértékű emelkedése – bármelyik intracellularis enzim (CPK, CK-MB, SGOT, LDH, alfa-HBDH) szintjének szignifikáns, jól dokumentált emelkedése ezen feltétel megvalósulásaként értékelendő.

4.2.2. Rosszindulatú daganatra vonatkozó kárigény esetén a jogosult pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati lelettel igazolhatja kárigénye jogosságát.

4.2.3. A veseelégtelenség biztosítási eseményként történő elfogadásának feltétele a legalább 60 napja tartó rendszeres művesekezelés, amelyet a dialízist végző egészségügyi intézmény dokumentál.

4.2.4. Az agyi érkatasztrófa diagnózis elfogadásához 60 nappal a hiteles dokumentummal igazolható érkatasztrófa után is fennálló, az érkatasztrófával oki összefüggésben álló szervi, központi idegrendszeri károsodást jelző tünetek kimutathatósága szükséges. Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti oki összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.

4.2.5. Szervátültetés biztosítási eseményként történő elfogadásához a helyes orvosi javallat alapján, orvos által elvégzett műtéti beavatkozás egészségügyi dokumentuma.

4.2.6. Szívkoszorúér-műtéttel kapcsolatos kárigények akkor jogosak, ha a zárójelentés szerint előzetes koszorúérfestés eltéréseire alapozott, helyesen felállított orvosi javallat alapján az áthidaló műtét megtörtént.

5. KIZÁRÁSOK

Egyebekben a további kizárások, melyeket az általános szerződési feltételek tartalmaznak, érvényükben maradéktalanul fennállnak. Jelen rendelkezésben foglaltakra, az általános szerződési feltételek közlési és változás bejelentési kötelezettségre vonatkozó szabályai változatlan tartalommal vonatkoznak.

BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEK ÉS BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK TÁBLÁZAT

FEDEZET MEGNEVEZÉSE	Minimum BÖ	Maximum BÖ
Baleseti halál*	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20%tól)**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti eredetű progresszív szolgáltatású maradandó egészségkárosodás**	100 000 Ft	5 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halál**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (20%tól)**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti kórházi napidíj	1 000 Ft	15 000 Ft
Baleseti műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti plasztikai műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Csonttörés	5 000 Ft	50 000 Ft
Égési sérülés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti költségtérítés**	25 000 Ft	250 000 Ft
Baleseti gyógyulási támogatás**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti keresőképtelenség (7 napos önrész)**	1 000 Ft	10 000 Ft
Baleseti keresőképtelenség (14 napos önrész)**	1 000 Ft	10 000 Ft
Kockázati élet **	100 000 Ft	10 000 000 Ft
Bármely okú kórházi napidíj	1 000 Ft	15 000 Ft
Bármely okú műtéti térítés**	50 000 Ft	1 000 000 Ft
Bármely okú táppénz (15 napos) egyszeri térítés	10 000 Ft	100 000 Ft
Kritikus betegségek**	100 000 Ft	1 000 000 Ft
D-E rokkantság**	100 000 Ft	10 000 000 Ft
C2 rokkantság**	100 000 Ft	10 000 000 Ft

*Baleseti halál fedezet kötelezően választandó.

**A további fedezetek biztosítási összege nem haladhatja a baleseti halál biztosítási összegét.

AZ ELEKTRONIKUS KOMMUNIKÁCIÓ IGÉNYBEVÉTELÉNEK FELTÉTELEI

Az elektronikus kommunikáció akkor vehető igénybe, ha a szerződő az ajánlaton – már érvényes szerződés esetén utólagos nyilatkozatával – hozzájárulását adta ahhoz, hogy a Biztosító a szerződése megkötésével, kezelésével, megszűnésével kapcsolatos kommunikációt elektronikus úton folytathatja. Az elektronikusan küldendő dokumentumok körét a Biztosító jogosult meghatározni, és azt a jogszabályi változások és adatvédelmi szempontok alapján bármikor módosíthatja. A Biztosító az elektronikus kommunikáció lehetőségét a szerződő egyidejű tájékoztatásával visszavonhatja. Visszavonása esetén a Biztosító a tájékoztatást követően papír alapú kommunikációra tér át.

Az elektronikus kommunikáció igénybevételéhez a szerződőnek szükséges megadnia saját érvényes e-mail elérhetőségét és mobiltelefonszámát.

A Biztosító a szerződéshez kapcsolódó dokumentumokat titkosított levél formájában küldi meg szerződő részére, ahol egy egyedi jelszó megadása után tekintheti meg a csatolt fájlt. A dokumentum e-mailen keresztül maximum 30 napig tekinthető meg és tölthető le. A kiküldést és a letöltést a Biztosító naplózza.

Az életbiztosítási szerződéseket érintő elektronikus kötvények esetében, ha az első elektronikus levél kiküldését követő 14 napon belül nem történik meg az elektronikus kötvény letöltése az Ügyfél részéről, úgy a Biztosító újra megkísérli elküldeni az Ügyfél email címére. A második kiküldést követő 14 nap után a Biztosító a kötvényt átvettnek minősíti és a szerződés létrejöttéről szóló tájékoztatáshoz fűződő határidőket a Biztosító innen számítja.

A szerződő egyidejűleg egy e-mail címet adhat meg, amelyhez egy mobiltelefonszám tartozhat. Amennyiben a szerződő már regisztrált egy e-mail címmel és egy mobiltelefonszámmal, úgy a beazonosíthatóság végett a további szerződéseit regisztrálásához is ugyanezeket kell megadnia.

A szerződő által megadott e-mail cím valótlanságából vagy hiányosságából, a számítástechnikai eszközök, programok hibáiból, továbbá a Biztosító érdekkörén kívül álló egyéb okokból (pl. az elektronikus hírközlési szolgáltatás körében felmerült okok, internetes kapcsolat vagy szoftver hibái, vis maior) eredő károkért, a kívánt joghatások elmaradásáért a Biztosító nem tehető felelőssé.

A szerződő vállalja a dokumentumok kinyomtatását, amennyiben azt papír alapon szükséges tárolnia, vagy harmadik fél számára bemutatnia. **A szerződő vállalja, hogy a fenti folyamat ismeretében dönt az elektronikus kommunikáció mellett.**

Amennyiben az elektronikus kommunikáció csak meghatározott fizetési mód esetén választható, úgy a szerződő vállalja, hogy a biztosítási díjat ennek megfelelően fizeti. A biztosítás kockázatviselésének folyamatos fenntartása érdekében a szerződő a díjat befizetési csekk hiányában is kiegyenlíti: elektronikusán, online bankkártyás fizetéssel, vagy

a kötvényszámra hivatkozva a Biztosító honlapján feltüntetett bankszámlára történő átutalással.

A szerződő az e-mail címében és/vagy a mobiltelefon-számban bekövetkezett változást köteles haladéktalanul a Biztosító felé bejelenteni írásban, vagy azonosítást követően a Biztosító telefonos ügyfélszolgálatán. Az adatok módosítására lehetőség van regisztrációt követően az SIGNAL Direkt Ügyfélportálon is. A bejelentéseket a Biztosító csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha az adatok változásának közlése a fenti módok egyikén történt. A Biztosító az általa ismert utolsó e-mail címre, valamint mobiltelefonszámba mindaddig joghatályosan küldhet értesítést, amíg az e-mail címre vagy a mobiltelefonszámba vonatkozó változás-bejelentés nem érkezett be a Biztosítóhoz, vagy a változás-bejelentés feldolgozása még folyamatban van. A változást a Biztosító a beérkezést követő 5. munkanap 24:00 óráig hajtja végre. Az adatok valótlanságából, hiányosságából vagy a változás bejelentésének elmulasztásából eredő esetleges károkért, hátrányos jogkövetkezményekért, avagy a kívánt joghatások elmaradásáért a Biztosító nem vállal felelősséget.

Ha a szerződéssel kapcsolatos bármely dokumentum nem érkezik meg a szerződőhöz, akkor azt a pótlás érdekében haladéktalanul jelezni kell a Biztosító ügyfélszolgálati elérhetőségeinek egyikén.

Az elektronikus kommunikáció igénybevétele a szerződő részéről bármikor visszavonható, melyről a fent megadott módokon tájékoztatnia szükséges a Biztosítót. Nem megfelelő e-mail cím, vagy mobiltelefonszám esetén az elektronikus kommunikáció a Biztosító részéről visszavonásra kerül.

Abban az esetben, ha az elektronikus kommunikáció igénybevétele miatt a biztosítás díjából kedvezmény került jóváírásra, a visszavonással a kedvezmény megszűnik, és a biztosítási díj a szerződési feltételek szerint módosul.

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

BIZTOSÍTÁSI JOGVISZONYHOZ KAPCSOLÓDÓ SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉVEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ

A SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) a jelen adatkezelési tájékoztató (a továbbiakban: Tájékoztató) útján tájékoztatja Önt a biztosítási szerződés megkötése, állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése során birtokába került személyes adatok kezelésével kapcsolatos legfontosabb információkról, így különösen az adatkezelések céljáról, jogalapjáról, a kezelt adatok köréről, az adatkezelés időtartamáról, az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségéről, valamint az Ön adatkezelésekkel kapcsolatos jogairól és jogorvoslati lehetőségeiről.

Felhívjuk a figyelmét, hogy a Tájékoztató, a Biztosító biztosítási szerződéseivel kapcsolódó adatkezeléseire vonatkozó, általános tájékoztatást tartalmazza, mely nem helyettesíti a biztosítási feltételek és a kapcsolódó termékismertető, ügyféltájékoztatók megismerését. Az Ön teljes körű és nem kizárólag adatkezelési szempontú tájékoztatását ezen dokumentumokban, továbbá a Tájékoztatóban foglalt rendelkezések alkotják.

A biztosítási szerződés megkötéséhez, állományban tartásához, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez közvetetten kapcsolódó, esetleges adatkezelések tekintetében – SIGNAL Ügyfélportal regisztráció, online kapcsolatfelvétel, hangfelvételek kezelése, stb. – a tájékoztatást a Biztosító – az érintettek áttekinthető tájékoztatása céljából – az adatok gyűjtésével egy időben, illetve adatkezelési célonként elkülönítve közli weboldalán.

A Tájékoztatóban történő könnyebb eligazodás érdekében, kérem, használja az alábbi hivatkozásokat:

1.	A személyes adatok adatkezelője.....	2
2.	Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei.....	2
3.	Az adatkezelések célja, jogalapja, időtartama és egyéb lényeges körülményei.....	2
3.1.	Szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése	3
3.2.	Szerződéssel kapcsolatos kötelezettségek teljesítése.....	9
4.	Hozzáférés a személyes adatokhoz, adattovábbítás	12
5.	Adatbiztonsági intézkedések.....	13
6.	Gyermekek személyes adatainak kezelése.....	13
7.	Automatizált döntéshozatal, profilalkotás.....	14
8.	Az adatkezeléssel kapcsolatos jogok és érvényesítésük.....	15
8.1.	Hozzáféréshez való jog	15
8.2.	Helyesbítéshez való jog.....	15
8.3.	Törléshez való jog (elfeledtetéshez való jog).....	16
8.4.	Az adatkezelés korlátozásához való jog.....	16
8.5.	Tiltakozáshoz való jog.....	16
8.6.	Adathordozhatósághoz való jog	16
8.7.	Hozzájárulás visszavonásához való jog	16
8.8.	Hatósági jogorvoslathoz való jog	16
8.9.	A bírósági jogorvoslathoz való jog.....	17
9.	A Tájékoztató elérhetősége és módosítása.....	17

A Biztosító a tájékoztatást közérthető és könnyen áttekinthető formában igyekszik nyújtani, valamint a Felügyeleti ajánlással összhangban tartózkodik a jogszabályok szövegszerű megismétlésétől. A Tájékoztató elkészítése során figyelembe vett jogszabályok az alábbiak:

- az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 RENDELETE a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (a továbbiakban: GDPR)
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról (a továbbiakban: Infotv.)
- 2014. évi LXXXVIII. törvény a biztosítási tevékenységről (a továbbiakban: Bit.)
- 2023. évi CIII. törvény a digitális államról és a digitális szolgáltatások nyújtásának egyes szabályairól szóló törvény (a továbbiakban: Dáptv.)
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről (a továbbiakban: Eüak.)
- 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (a továbbiakban: Ptk.)
- 2017. évi LIII. törvény a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról (a továbbiakban: Pmt.)
- 2009. évi LXII. törvény a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról (a továbbiakban: Gfbt.)
- 2000. évi C. törvény a számvitelről (a továbbiakban: Szvtv.)
- 2014. évi XIX. törvény 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 (a továbbiakban: FATCA-törvény)
- 2013. évi XXXVII. törvény az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól (a továbbiakban: Aktv.)

1. A SZEMÉLYES ADATOK ADATKEZELŐJE

A személyes adatok kezelője a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

Cím és központi ügyfélszolgálat: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Postacím: 1519 Budapest, Pf. 260.

Tel.: 36 1 458 4200

Fax: 36 1 458 4260

E-mail: adatvedelem@signal.hu

Weboldal: www.signal.hu

Cégjegyzékszám: 01-10-042159

Adószám: 10828704-2-44

KSH szám: 10828704-6511-114-01

2. Az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségei

Ön a személyes adatai kezeléséhez, valamint jogai gyakorlásához kapcsolódó bármely kérdésben a Biztosító kijelölt adatvédelmi tisztviselőjéhez fordulhat postai úton a fent megadott címen vagy postacímen, valamint az adatvedelem@signal.hu e-mail címen.

3. AZ ADATKEZELÉSEK CÉLJA, JOGALAPJA, IDŐTARTAMA ÉS EGYÉB LÉNYEGES KÖRÜLMÉNYEI

Hangsúlyozzuk, hogy személyes adatait a GDPR, az Infotv., a Bit. adat- és titokvédelmi rendelkezései, valamint minden további irányadó jogszabály és belső szabályozás betartásával kezeljük.

A Bit. 135. § (1) bekezdése értelmében a Biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Biztosítási titok minden olyan a Biztosító rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására, vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A Biztosító az ügyfél által bármilyen formában megadott személyes adatot, ideértve az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot is, biztosítási titokként kezeli.

A biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a Bit. által meghatározott egyéb cél eléréséhez szükséges személyes adatok kezelésének jogalapja egyrészt a GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettségek teljesítése, illetve a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja alapján a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése. A biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez kapcsolódóan a Biztosító részére jogi kötelezettséget a jelen tájékoztatóban megjelölt törvények keletkeztetnek.

A Biztosító a személyes adatokat csak az adatkezelés céljainak eléréséhez szükséges ideig kezeli, melynek során figyelembe veszi az egyes jogszabályok által kötelezően előírt adatmegőrzési határidőket, valamint a Biztosítóval szemben támasztott esetleges követelések jogszabályi vagy szerződésben meghatározott elévülési idejét. A Biztosító a személyes adatok tárolásának időtartamáról adatkezelési célonként nyújt tájékoztatást.

3.1. SZERZŐDÉS MEGKÖTÉSE, MÓDOSÍTÁSA, ÁLLOMÁNYBAN TARTÁSA, VALAMINT A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSBŐL SZÁRMAZÓ KÖVETELÉSEK MEGÍTÉLÉSE

3.1.1. Az érintett számára megfelelő biztosítási alapú befektetési termék értékesítése

Adatkezelés célja: A Biztosítónak a biztosítási szerződés megkötése előtt meg kell határoznia az ügyféltől kapott tájékoztatás alapján az adott ügyfél konkrét igényeit és szükségleteit, és közérthető formában tárgyilagos tájékoztatást kell nyújtania az ügyfélnek a biztosítási termékekkel összefüggésben, annak érdekében, hogy az ügyfél megalapozott döntést hozhasson. A Biztosító köteles beszerezni a szükséges információkat az ügyfélnek vagy a leendő ügyfélnek az adott biztosítási termék típusának megfelelő befektetési területtel összefüggő ismereteiről, pénzügyi helyzetéről, veszteségviselési képességéről, befektetési céljairól és kockázattűréséről, annak érdekében, hogy számára alkalmas biztosítási alapú befektetési termékeket ajánlhasson.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Bit. 166/E. § keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító leendő ügyfelei, ügyfelei

Kezelt adatok köre: Biztosítási igény felméréséhez kapcsolódó adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító az igényfelmérés alapján létrejött biztosítási szerződés esetén a személyes adatokat a létrejött biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.1.2. Életbiztosítási szerződések során igényfelmérés, megfelelési és alkalmassági teszt elvégzése

Adatkezelés célja: Életbiztosítási szerződés megkötése előtt – az olyan megtakarítási elemet nem tartalmazó, tisztán kockázati életbiztosítások kivételével, amelyeket pénzügyi intézmény az általa nyújtott pénzügyi szolgáltatással összefüggésben javasolt, vagy amelyeknek a biztosítási összege nem haladja meg az egymillió forintot – a Biztosító felméri, illetve legalább az ügyfél által megadott információk alapján pontosítja az ügyfél igényeit. A Biztosító célja a megfelelő biztosítási termék ajánlása.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Bit. 153. § (1) bekezdése keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító leendő ügyfelei, ügyfelei

Kezelt adatok köre: Az ügyfél igényének felméréséhez, pontosításához szükséges információk, megfelelési és alkalmassági teszt-hez szükséges adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító az igényfelmérés alapján létrejött biztosítási szerződés esetén a személyes adatokat a létrejött biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.1.3. Biztosítási szerződés megkötése, állományban tartása

Adatkezelés célja: A Biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések, díjak megítélése.

Adatkezelés jogalapja: A Biztosító – figyelemmel a Bit. 135. § (1) bekezdés rendelkezésére – a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja alapján jogosult a személyes adatok kezelésére, mely szerint az adatkezelés az érintettel kapcsolatos biztosítási szerződés megkötéséhez, teljesítéséhez szükséges.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, leendő ügyfelei

Kezelt adatok köre: A Biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő személyes adatai, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek

- A biztosítási jogviszony alanyainak (szerződő, biztosított, együttbiztosított, kiegészítő biztosított, kedvezményezett, károsult, károkozó, törvényes örökös, tulajdonos, üzemben tartó) személyazonosító és személyes adatai: adóazonosító jel, állampolgárság, állandó lakcím, anyja születési neve, azonosító okmány típusa, azonosító okmány száma és betűjele, családi és utóneve, e-mail cím, lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma és betűjele, levelezési cím, magyarországi tartózkodási hely, mobiltelefonszám, születési hely, születési idő, születési neve, telefon/fax szám, titulus, digitális állampolgárság azonosító, TAJ szám, halotti anyakönyvi kivonat száma, neme, vezetői engedély megszerzésének dátuma, gyermekek esetében a szülő vagy gondviselő neve, címe, telefonszáma, e-mail címe, iskola neve, címe, diák osztálya
- Személy- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok (lásd 3.1.4. pontban foglalt adatok)
- A biztosított, károsult vagyontárgy adatai (lásd 3.1.8. pontban foglalt adatok)
- Biztosítási igény felméréséhez kapcsolódó adatok: Az ügyfél ismereteinek, tapasztalatainak felméréséhez, értékeléséhez szükséges adatok, amelyeket az ügyfél a Biztosító ezen célra rendszeresített igényfelmérő dokumentumai kitöltésével ad meg
- A Pmt.-ben előírt ügyfél-átvilágítás elvégzése céljából kezelt adatok (lásd 3.2.1. pontban foglalt adatok)
- Hatósági eljárások során keletkező dokumentumok (lásd 3.2.8. pontban foglalt adatok)
- A díjfizetéshez, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges további adatok (lásd 3.1.8 pontban foglalt adatok)
- Egyéb, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény

Adatkezelés időtartama: A biztosítási szerződéshez kapcsolódó személyes adatait a Biztosító a biztosítási szerződés megszűnését követő naptári év első napjától számított 8 évig őrzi meg, a biztosítási szerződéssel kapcsolatos esetleges későbbi igények érvényesítése, valamint a Biztosítóra a jogszabályokban előírt adatmegőrzési kötelezettségekre tekintettel. A határidő lejártát követően személyes adatai törlésre kerülnek. A személyes adatok törlését gátolja, amennyiben:

- peres eljárás van folyamatban az adott szerződés tekintetében,
- peren kívül hatósági eljárás van folyamatban az adott szerződés tekintetében,
- panasz kezelése van folyamatban az adott szerződés tekintetében,
- járadék fizetése van folyamatban az adott szerződéshez kapcsolódóan,
- függő kár van rögzítve az adott szerződésre,
- szerződésen nyilvántartott díjhátralék, vagy túlfizetés az adott szerződés tekintetében,
- díjvisszatérítési szerződések esetében.

A létre nem jött biztosítási szerződésekkel kapcsolatos, ajánlattétel során megadott személyes adatait a Biztosító a biztosítási ajánlat rögzítésétől számított, a biztosítási szerződésben meghatározott elévülési ideig, ennek hiányában a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. tv. (Ptk.) szerinti az általános elévülési időre vonatkozó rendelkezései szerinti az ajánlat rögzítésétől számított 5 évig tárolja. A létre nem jött ajánlathoz – online kötési felületeken félbe hagyott kalkuláció, ajánlattétel hiányában az igényfelmérés, megfelelési és alkalmassági tesztek dokumentumai – kapcsolódó személyes adatok az utolsó módosítást követő 61. napig kerülnek megőrzésre.

A Biztosító a Pmt. 6. §-ban foglalt ügyfél-átvilágítási kötelezettségének teljesítése során kezelt személyes adatokat a 3.2.1. pontban foglaltak szerint kezeli.

Felhívjuk a figyelmét, hogy bár az adatszolgáltatás önkéntes, de a személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a kockázat meghatározásához, így a szerződés létrejöttéhez, a szerződés fenntartásához, valamint a szerződés alapján nyújtott szolgáltatások megítéléséhez. Az adatok hiánya a biztosítási ajánlat visszautasítását, valamint a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége csak akkor áll be, ha Ön a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megállapításához szükséges adatokat maradéktalanul a Biztosító rendelkezésére bocsátotta.

Amennyiben a személyes adatok nem közvetlenül az érintettől származnak, az adatokat megadó fél elismeri, hogy megfelelő jogalappal rendelkezik az érintettek személyes adatainak Biztosító részére történő átadásához, valamint részükre az adatkezeléssel összefüggő tájékoztatást megadta.

A személyes adatok kezelése a biztosított halála után is szükséges, a biztosítási szerződéssel kapcsolatos kötelezettségek teljesítése és a szerződés kezelése érdekében. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja. Az elhunyt örököse ezen jogállását köteles igazolni (például öröklési bizonyítvány, hagyatékátadó végzés megküldésével).

3.1.4. Egészségügyi adatok kezelése a biztosítási szerződés megkötése, állományban tartása során

Adatkezelés célja: A Biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, valamint a biztosítási szerződésből származó díjak, követelések megítélésével összefüggésben az egészségi állapotra vonatkozó különleges személyes adatok kezelése. Az adatkezelés célja különösen a kockázat-elbírálás, a biztosítási szerződés alapján a biztosítási esemény (baleset, betegség, egészségkárosodás, haláleset, egészségbiztosítási szolgáltatás igénybevétele) bekövetkezésekor a szolgáltatási igény, kárigény elbírálása.

Adatkezelés jogalapja: A Biztosító a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja alapján – figyelemmel a Bit. 136. § és az Eüak. rendelkezéseire – kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezeli az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatokat. A hozzájárulást a Biztosító az alábbi formában szerzi be:

- a biztosítási ajánlat részeként az Általános Szerződési Feltételek, illetve külön nyilatkozat elfogadásával és aláírásával,
- felelősségbiztosítási, személybiztosítási károk esetében a kárbejelentő lapon szereplő adatkezelési nyilatkozat elfogadásával és aláírásával, illetve ennek hiányában külön adatkezelési nyilatkozat aláírásával,
- a hozzájárulás kifejezett megerősítését tartalmazó levél, elektronikus levél (e-mail) Biztosító részére történő megküldésével,
- azonosítást követő rögzített telefonbeszélgetés során a hozzájárulás kifejezett megadásával,
- a szerződő, vagy biztosított elhalálása esetén a törvényes örökös vagy a szerződésben megjelölt jogosult által aláírt, külön adatkezelési nyilatkozat formájában.

A hozzájárulás megadásával Ön felhatalmazza a Biztosítót, hogy a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához és a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, azokkal közvetlenül összefüggő és elengedhetetlenül szükséges, az egészségi állapotára vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó személyes adatait kezelje és nyilvántartsa.

Felhívjuk a figyelmét, hogy mivel az egészségügyi adatok kezelése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződésből származó követelések, így különösen a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegezésének megítéléséhez, ezért a hozzájárulás visszavonása a szolgáltatás nyújtásának ellehetetlenülését vonhatja maga után.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, leendő ügyfelei

Kezelt adatok köre:

Az egészségi állapottal összefüggő adatok:

- A biztosítási ajánlat során a Részletes, vagy Egyszerűsített Egészségi Nyilatkozaton megadott adatok, valamint a válaszaihoz kapcsolódó, Ön által átadott orvosi dokumentumok;
- A Biztosító által szükség esetén bekért további, az Ön hozzájárulásával átadott orvosi dokumentációk;
- A biztosítási szerződés megkötéséhez, a Biztosító által előírt orvosi vizsgálatok dokumentumai;
- „Nyilatkozat a fogyatékkal élő (fogyatékos) ügyfelekkel kapcsolatos bánásmóddal összefüggésben” című nyilatkozaton megadott adatok;
- A biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges a kárbejelentés során megadott, a biztosítási eseményt kiváltó és annak bekövetkezésében szerepet játszó eseményre vonatkozó személyes adatok, ahhoz csatolt dokumentumok, illetve Ön, vagy elhalálása esetén a törvényes örökös, vagy a szerződésben megjelölt jogosult hozzájárulása esetén a társadalombiztosítási szervektől, egészségügyi intézményektől és háziorvostól, gyógykezelésével foglalkozó más személyektől bekért adatok.

Adatkezelés időtartama: A Biztosító az egészségügyi adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint, illetve az adatkezeléshez adott hozzájárulás – a Tájékoztatóban említett feltételekkel történő – visszavonásáig kezeli.

Az adatkezelési cél eléréséhez nélkülözhetetlen, hogy Ön felhatalmazza a Biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adatait háziorvosától, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszerészekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezelésével foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezelték, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-142. §-ban és a 147-151. §-ban meghatározott jogosultak számára továbbítsa.

Egyúttal szükséges, hogy Ön felmentse az ezen adatok jogszabályi felhatalmazása alapján nyilvántartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól, valamint felhatalmazza a háziorvosát, kezelőorvosát, valamint az egészségügyi ellátásában részt vevő személyeket, hogy az egészségügyi ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatait írásbeli kérésére a Biztosítónak még elhalálása esetén is kiadják.

Felhívjuk a figyelmét, hogy bár a felhatalmazás önkéntes, de annak megadása nélkülözhetetlen az ajánlat befogadásához ill. a szerződés alapján nyújtott szolgáltatások megítéléséhez. A felhatalmazás hiánya a biztosítási ajánlat visszautasítását, valamint a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.

3.1.5. Csoportos biztosítások

Adatkezelés célja: A Biztosító célja csoportos biztosítások értékesítése, ahol a biztosítottak jellemzően partnereink munkavállalói, tagjai vagy ügyfelei. A Biztosító a csoportos biztosítás szerződőjével egyeztetve a biztosított adatokat.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés az érintettel kapcsolatos biztosítási szerződés megkötéséhez, teljesítéséhez szükséges. Különleges személyes adatok kezelésének jogalapja a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja, az érintett kifejezett hozzájárulása.

Érintettek köre: A Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- biztosítási jogviszonyt érintő személyes adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

Tájékoztatjuk, hogy csoportos biztosítás biztosítottjaként Önt személyes adatainak kezelésével kapcsolatos érintetti jogainak gyakorlása tekintetében az egyéni ügyfeleinkkel megegyező jogok illetik meg.

3.1.6. Ügyfélszolgálat

Adatkezelés célja: A Biztosító ügyfélszolgálati (személyes, telefonos, e-mailes, online) tevékenységének ellátása, igények kiszolgálása. A Biztosító ügyfelei szerződését érintő kérdésekben, valamint az érdeklődők, potenciális ügyfelek biztosítással kapcsolatos döntéshozatalában nyújt segítséget.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja, mely szerint az adatkezelés a biztosítási szerződés teljesítéséhez szükséges, illetve a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja, az érintett kifejezett hozzájárulása.

Érintettek köre: Biztosító ügyfélszolgálatát felkereső természetes személyek

Kezelt adatok köre:

- azonosításhoz szükséges adatok
- megkeresésben foglalt adatok
- hangfelvétel
- megkeresés teljesítése érdekében szerződéssel összefüggő adatok

Adatkezelés időtartama: A hangfelvételeket a Biztosító a hívás rögzítésétől számított öt évig őrzi meg. A Biztosító a személyes adatokat a hozzájárulása visszavonásáig, illetve a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

Amennyiben Ön nem járul hozzá, hogy munkatársunkkal folytatott telefonbeszélgetését rögzítsük, kérjük, keresse fel központi, személyes ügyfélszolgálati irodánkat, ahol kollégáink készséggel állnak rendelkezésére.

3.1.7. Elektronikus kommunikáció

Adatkezelés célja: A Biztosító célja, hogy a biztosítási szerződés kezelésével kapcsolatos kommunikációt elektronikus úton folytassa, a szerződéshez kapcsolódó dokumentumokat online ügyfél Dokumentumtárában nyilvántartsa és azon keresztül elektronikus formában juttassa el az Ön részére, ügyfelei magas színvonalú és professzionális kiszolgálása érdekében. Az elektronikus kommunikációt választó ügyfelek részére a Dokumentumtár automatikusan megnyitásra kerül.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja, mely szerint az adatkezelés a biztosítási szerződés teljesítéséhez szükséges.

Érintettek köre: A Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- szerződő neve
- biztosítási szerződés kötvényszáma
- e-mail cím
- mobiltelefonszám

Adatkezelés időtartama: A Biztosító az elektronikus kommunikáció igénybevételéhez szükséges személyes adatokat, valamint az elektronikus kommunikáció és annak keretében a Dokumentumtár rendszer használata során naplózott adatokat a Ptk. általános elévülési időre vonatkozó rendelkezései szerinti az elektronikus kommunikáció megszűnésétől számított 5 évig őrzi meg, a Dokumentumtár rendszerben jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez.

A Biztosító az elektronikus kommunikáció megfelelő működése és ügyfelei professzionális kiszolgálása érdekében az elektronikus kommunikáció és annak keretében a Dokumentumtár rendszer igénybevétele során előforduló eseményeket, az eseményekkel kapcsolatos adatokat (ki, mikor, milyen cselekményt hajtott végre) naplózza és ezen naplódokumentumokat megőrzi.

3.1.8. Biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények, kárügyintézés

Adatkezelés célja: Kárigények ügyintézése, kifizetése, az igénybejelentővel a kárügyintézés érdekében történő kapcsolatfelvétel, a kárigény jogosságának, valamint a kárkifizetés szerződés szerint szükséges mértékének megítélése.

Adatkezelés jogalapja: Amennyiben a szolgáltatásra igényt tartó személy a Biztosítóval szerződéses kapcsolatban áll, úgy az adatkezelés jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja, mely szerint az adatkezelés a biztosítási szerződés teljesítéséhez szükséges. Amennyiben az adatkezelésben érintett nem áll szerződéses kapcsolatban a Biztosítóval – például: felelősségbiztosítások esetén a károsult, kifizetésre jogosult –, az adatkezelés jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés a Biztosító jogos érdeke érvényesítéséhez szükséges.

Amennyiben a kárügyintézéshez, szolgáltatási igény elbírálásához személyes adatok különleges kategóriáinak kezelése szükséges, úgy az adatkezelés jogalapja a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja, az érintett kifejezett hozzájárulása.

Amennyiben az adatkezelés a szolgáltatásra jogosult részére jogszabály által kötelezően elvárt kártérítési javaslat megtétele vagy indoklással ellátott válasz megadása érdekében szükséges, az adatkezelés jogalapja a GDPR 9. cikk (2) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés az adatkezelő kárügyintézéshez, szolgáltatási igény elbírásával összefüggő jogi igény érvényesítéséhez, illetve védelméhez fűződő jogos érdeke.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- a biztosítási jogviszony alanyainak személyazonosító és személyes adatai
- a biztosított, károsult vagyontárgy adatai
- biztosított vagyontárgyanként, illetve káronként eltérő, de kizárólag a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges egyéb adatok, így különösen a károsult neve, címe, kapcsolattartó telefonszáma, kapcsolattartó e-mail címe, kötvényszám, káresemény dátuma, károsult vagyontárgyról készült fényképfelvételek, kárszemle során rögzített adatok, kár oka
- káresemény, kárelőzmény adatok.

A díjfizetéshez, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges további adatok:

- biztosítási díj összege
- kifizetett biztosítási összeg mértéke
- a kifizetés ideje
- bankszámlaszám, bankkártya száma
- az ÁSZF-ben, így különösen „A biztosítási szolgáltatások kifizetéséhez szükséges iratok” című fejezetében, meghatározott minden további személyes adat.

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

Az adatkezelési cél eléréséhez, így a szerződés alapján nyújtott szolgáltatások megítéléséhez nélkülözhetetlen, hogy Ön felhatalmazza a Biztosítót, hogy az esetleges kárüggyel kapcsolatban indult büntetőeljárás során keletkezett iratokba betekintszen, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosításokat kérjen. A felhatalmazás hiánya a biztosítási ajánlat visszautasítását, valamint a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.

3.1.9. Biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények elemzése

Adatkezelés célja: A Biztosító a biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények kapcsolódó dokumentációi elemzésével pontosabb áttekintést kaphat az egyes káreseményeket érintően a kárrendezésen felül a csalások, visszaélések felismerése és megelőzése, a készpénzes elszámolások elősegítése, a javítóműhelyi és orvosi irányítás érdekében. A Biztosító az adatkezelés alapján áttekintést kaphat arról, hogy mely szolgáltatókat (jármű javítóműhelyeket, egészségügyi ellátókat, stb.) részesíti előnyben adott események vonatkozásában, ezáltal előnyösebb szolgáltatók felé irányíthat, a hatékonyabb működés, illetve az ügyfelek magasabb minőségű kiszolgálása érdekében.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés az adatkezelő jogos érdeke érvényesítéséhez szükséges.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- káresemény adatai (bejelentés, káreseményben érintettek, káresemény során sérült alkatrészek, elemek, bekövetkezett sérülések)
- szolgáltatási adatok (választott szolgáltató, szolgáltatással kapcsolatos adatok igények),
- a káresemény felméréséhez szükséges egyéb adatok,
- a biztosítási szerződést érintő események, káresemények adatai (lásd 3.1.8. pontban foglalt adatok).

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.1.10. Lakásbiztosítások nyilvántartása, hitelbiztosítéki fedezetnyújtás (DLT rendszer használata)

Adatkezelés célja: Naprakész, egységes nyilvántartás biztosítása a lakás-, és társasházbiztosításokról és a hitelbiztosítéki fedezetekről, a jelzáloghitelekkel terhelt ingatlanokhoz kapcsolódó biztosítások üzleti folyamataiban a biztosítók és a hitelintézetek közötti információáramlás korszerű, biztonságos technológián alapuló megvalósítása, és átfutási idejének lényeges javítása, valamint az ügyfelek, hitelintézetek és biztosítók adminisztrációs terheinek csökkentése. Az adatkezelés célja a hitelintézetek, biztosítók által történő adatkérések, valamint a biztosítókön kívüli, hitelintézeteknek történő adatátadások, a DLT rendszerből történő adatlekérések, a DLT rendszeren keresztül történő kommunikáció hitelintézetek és biztosítók között, a rendszerbe történő ösfeltöltés és tömeges feltöltések.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja szerinti jogos érdek: hitelintézetek és biztosítók közötti egyszerűbb adatáramlás biztosítása, a hitelintézetek prudens működésének elősegítése, záradékolási folyamatok egyszerűsítése, valamint a hitelbiztosítéki fedezetnyújtás könnyebb ellenőrzése.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- Lakásbiztosítások, hitelbiztosítéki záradék, záradékolási kérelem, díjhátralékos biztosítások adatai

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint, illetve a DLT rendszerben a biztosítási szerződés megszűnését követő 30 napig kezeli.

A DLT rendszer használatával kezelt személyes adatokhoz kizárólag azon adatkezelők férhetnek hozzá, amelyek számára az elengedhetetlenül szükséges. Fő szabály szerint az adatkezelésért felelős, aki az adatkezelést lefolytatta, így, akivel az érintett szerződéses kapcsolatban áll, míg az érintetti kérelem megválaszolásáért az, akihez az érintetti kérelem beérkezett. Az érintetti kérelmet azon adatkezelőhöz kell benyújtani, akivel az érintett szerződéses kapcsolatban áll. A személyes adatoknak a rendszeren belül a blokkláncban olyan egyedi lenyomata (hash) kerül tárolásra, amelyből a személyes adat nem visszafejthető és biztosítja a rendszer más komponensében tárolt személyes adatok sérthetetlenségét. A közös adatkezelők felsorolását a signal.hu nyitóoldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtár tartalmazza.

3.2. SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS KÖTELEZETTSÉGEK TELJESÍTÉSE

3.2.1. Pénzmosás megelőzésével kapcsolatos kötelezettségek teljesítése

Adatkezelés célja: A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben (Pmt.) foglalt ügyfél-átvilágítási kötelezettségének teljesítése érdekében a Biztosító köteles az életbiztosítási tevékenységekkel kapcsolatban beazonosítani ügyfelét (szerződő fél, vagy kedvezményezett, tényleges tulajdonos, kifizetésre jogosult), vagy annak meghatalmazottját, képviselőjét. A Biztosító a jogszabályban foglalt ügyfél-átvilágítási kötelezettségét a Pmt. szerint biztonságos, védett, a Pmt. 5. §-ban meghatározott felügyeletet ellátó szerv által meghatározott módon, előzetesen auditált elektronikus hírközlő eszköz útján közvetlen vagy közvetett elektronikus módon (a továbbiakban: videóazonosítás) vagy a digitális államról és a digitális szolgáltatások nyújtásának egyes szabályairól szóló törvényben (Dáptv.) foglaltak szerint is elvégezheti. A videóazonosítás közvetett vagy közvetlen módok közül az ügyfél döntésétől függően választhat.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Pmt. keletkezteti. A videóazonosítás útján történt ügyfél-átvilágítás során a kép- és hangfelvétel rögzítése, a személyes adatok kezelése a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja, illetve a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja szerint az érintett kifejezett hozzájárulása szükséges. A Dáptv. szerinti alkalmazással történő azonosítás jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés a Biztosító ügyfél-átvilágítási kötelezettségének teljesítéséhez fűződő jogos érdeke érvényesítéséhez szükséges.

Érintettek köre: Magánszemély szerződő, nem magánszemély szerződő esetén a cég képviseletére jogosult (az ajánlatot aláíró vezető(k), kedvezményezett(ek), a szerződő személyétől eltérő díjfizető magánszemélyek, cég esetén a cég képviseletére jogosult vezetők.

Kezelt adatok köre:

A Pmt.-ben előírt ügyfél-átvilágítás elvégzése céljából kezelt adatok:

- Az ügyfél-átvilágításhoz szükséges adatok, illetve magas kockázatú ügyfelek esetén a vagyon forrására vonatkozó információk, amelyeket a Biztosító ezen célra rendszeresített dokumentumain, ügyfél-átvilágítás keretében az ügyfél nyilatkozatán (például közszereplői nyilatkozat, ügyfélismereti kérdőív) szereplő adatok tartalmazzak, valamint az ügyfél személyazonosító okmány másolata és a lakcímkártya első oldalának másolata, a Pmt. szerinti okmányról készült felvétel. A közvetlen vagy közvetett elektronikus ügyfél-átvilágítás során a Biztosító és ügyfele között létrejött teljes munkamenetről, illetve megvalósuló kommunikációról, az ügyfélről és az általa bemutatott okmányokról készült kép- és hangfelvétel, az ügyfél email címe, mobiltelefonszáma, IP címe, ügyfélkérdésekre adott válaszok, azonosítás sikerességével kapcsolatos döntés és tájékoztatás, valamint az ügyfél videóazonosítással kapcsolatos részletes tájékoztatását és ehhez történő kifejezett hozzájárulását visszakereshető módon rögzítő kép- és hangfelvétel. A Dáptv. szerinti alkalmazással történő azonosítás keretében sor kerül a személyes adatok (név, születési hely, idő, állampolgárság) mellett a kapcsolódó metaadatok, a digitális állampolgárság azonosító kezelésére.
- Tartalom értelmezésére és értékelésére alkalmas gépi funkciók adatai: Dokumentum felismerés, dokumentum detektálás, olvasás (MRZ, vonalkód), arc detektálás, kódolás, összemérés, élesség vizsgálat és élőségvizsgálat adatai és kiértékelése, a kiértékelés eredményei.

Adatkezelés időtartama: Az azonosítás során kezelt személyes adatokat, valamint ezen személyes adatokat tartalmazó okiratok másolatait – ideértve a videóazonosítás során kezelt személyes adatokat is – a Biztosító a Pmt. 56. § (2) bekezdése alapján a biztosítási szerződés megszűnésétől, vagy az ügyleti megbízás teljesítésétől számított 8 évig őrzi meg. A Biztosító a videóazonosítás során az ügyfél által visszavont hozzájárulás, illetve az ügyfél-átvilágítás sikertelensége esetén a rögzítést követően törli az adatokat.

A Biztosító a videóazonosítás útján történő ügyfél-átvilágítás folyamatát kép- és hangfelvétellel rögzíti, valamint a videóazonosítás útján történő ügyfél-átvilágítás során a Biztosító az érintett arcképéről, valamint a Pmt. szerinti okmányairól felvételt készít. A videóazonosítás útján történő ügyfél-átvilágítás folyamata akkor kezdhető meg, ha az érintett kifejezetten hozzájárul a kép- és hangfelvétel rögzítéséhez, illetve annak Biztosító által történő kezeléséhez. Amennyiben az videóazonosítás bármilyen okból kifolyólag sikertelen, és az ismételt közvetett ügyfél-átvilágítás sem sikeres, az átvilágítást személyesen kell megismételni.

3.2.2. Veszélyközösség érdekében történő adatkezelés

Adatkezelés célja: A Biztosító a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz. A Biztosító más biztosítók megkeresése esetén köteles a megkereső biztosító részére átadni a – jogszabályoknak megfelelően – kért személyes adatokat.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Bit. 149. § keletkezteti.
A Biztosító más biztosítótól történő adatkérésének jogalapja GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja, mely szerint az adatkezelés a Biztosító veszélyközösség érdekeinek megóvásához fűződő jogos érdeke.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, megkereséssel érintett természetes személyek

Kezelt adatok köre: A jogszabályban meghatározott ágazatokhoz tartozó biztosítási szerződéssel összefüggő adatok.

Adatkezelés időtartama: A megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a Biztosító a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés előzőekben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig. Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

Tájékoztatjuk, hogy a Bit. 149. §-ban foglaltak szerint a Biztosító jogosult a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során, a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulni más biztosítóhoz.

3.2.3. A FATCA szabályozásban meghatározott kötelezettségek teljesítése

Adatkezelés célja: A Biztosító célja a FATCA-törvény szerinti, a Bit. hatálya alá tartozó Jelentő Magyar Pénzügyi Intézmény az általa kezelt, FATCA-törvény szerinti Pénzügyi Számla vonatkozásában elvégezni a FATCA-törvény szerinti Számlatulajdonos és Jogalany FATCA-törvényben foglalt Megállapodás I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a FATCA szabályozás, így többek között FATCA-törvény, valamint a Bit. 148. §. rendelkezése keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító számlatulajdonosai, így különösen a szerződő fél és a kedvezményezett, az esetleges módosításkor az új szerződő fél, jogi személyek esetében az ellenőrzést gyakorló személyek (a jogi személy tulajdonosainak minősülő természetes személyek).

Kezelt adatok köre:

- a mindenkor hatályos FATCA-törvényben meghatározott jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.4. A Pénzügyi Számlákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek

Adatkezelés célja: A Pénzügyi Számlák vonatkozásában elvégzett – az Aktv. szerinti Számlatulajdonos és Jogalany – illetőségének az Aktv. 1. melléklet II-VII. pontja szerinti megállapítására irányuló vizsgálat (illetőségvizsgálat), a CRS szabályozásban meghatározott kötelezettségek teljesítése.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a CRS szabályozás, így többek között a pénzügyi számlákkal kapcsolatos információk automatikus cseréjéről szóló, illetékes hatóságok közötti többoldalú Megállapodás kihirdetéséről szóló 2015. évi CX. törvény, valamint az Aktv. keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei.

Kezelt adatok köre:

- a mindenkor hatályos Aktv.-ben meghatározott jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.5. Belügyminisztérium által vezetett közlekedési nyilvántartásokkal kapcsolatos adatkezelés

Adatkezelés célja: A Belügyminisztérium Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkársága által vezetett közúti közlekedési nyilvántartásokat érintő adatszolgáltatással és adatigényléssel kapcsolatos adatkezelés. A Biztosító a nyilvántartó felé adatszolgáltatásra köteles a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási kötvény adatairól, valamint jogos érdekének érvényesítése céljából adatigénylésre jogosult nyilvántartásból a jogszabályban meghatározott adatok tekintetében a biztosítási szerződés megkötése, állományban tartása, módosítása, a biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények, kárügyintézés érdekében.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Kknyt. keletkezteti. A Biztosító által a szerződéskötés megkötése érdekében a nyilvántartásból történő automatikus lekérdezéshez a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja szerint az érintett kifejezett hozzájárulása szükséges.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, leendő ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- Kknyt.-ben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatok, illetve a nyilvántartás adattartalma szerinti, az adatigényléssel érintett adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.6. A kötelező gépjármű-felelősségbiztosítással kapcsolatos kötelezettségek teljesítése

Adatkezelés célja: A Gfbt.-ben meghatározott kötelezettségek teljesítése, adatszolgáltatási kötelezettség a kötvénynyilvántartást és kárnyilvántartást vezető szerv részére, illetve adatigénylés a kötvény és kárnyilvántartásból.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Gfbt. keletkezteti. A Biztosító által a szerződéskötés érdekében esetenként a nyilvántartást érintő adatigényléséhez a GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja szerint az érintett kifejezett hozzájárulása szükséges.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, leendő ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- a mindenkor hatályos Gfbt.-ben meghatározott jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.7. Számviteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó kötelezettség teljesítése

Adatkezelés célja: Számviteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó kötelezettség teljesítése.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget az Szvtv. 169. §-a keletkezteti.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei

Kezelt adatok köre:

- a számviteli bizonylatokat képező dokumentumok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

3.2.8. Panaszkezelés

Adatkezelés célja: A Biztosító a Bit. 159. § rendelkezéseinek eleget téve biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviselői szervek a Biztosító, az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy – adott termék kapcsán – általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus úton) közölhesse.

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A jogi kötelezettséget a Bit. 159. §-a keletkezteti.

Érintettek köre: A Biztosító felé panasszal forduló személyek

Kezelt adatok köre:

Panaszkezelés során megadott személyes adatok:

- panasztevő személyazonosító adatai
- panasszal érintettek adatai
- panasz tárgya
- panaszfelvétel során elhangzó minden információ és személyes adat
- meghatalmazás
- panasz kivizsgálásához, megválaszolásához szükséges adatok
- későbbi beazonosíthatóság érdekében rögzített adatok: telefonszám, hívás kezdeményezés helye, szerződés kötvényszáma, hívás pontos ideje.

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a panaszt, az arra adott választ és a rögzített hangfelvételt a Bit. 159. § (3) bekezdése alapján 5 évig őrzi meg.

3.2.9. Hatósági megkeresésekkel, eljárásokkal kapcsolatos feladatok ellátása

Adatkezelés célja: A biztosítási jogviszonyt érintő hatósági megkeresések megválaszolása és az eljárásokkal lefolytatásának elősegítése

Adatkezelés jogalapja: A GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja alapján, mely szerint az adatkezelés a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. Az adatkezelés törvényi jogalapja a Ptk, Bit. és a vonatkozó jogszabályok rendelkezései.

Érintettek köre: Biztosító ügyfelei, hatósági megkereséssel érintett természetes személyek

Kezelt adatok köre:

Hatósági eljárások során keletkező dokumentumok:

- Hatósági eljárások érdekében erre a célra rendszeresített dokumentumokon megadott személyes adatok
- Biztosítási szerződés szerinti szolgáltatás megítéléséhez (így különösen: mentesülés, vagy kizárt kockázatok, súlyos gondatlanság, szándékosság) szükséges személyes adatok
- Bűnügyi személyes adatokat is tartalmazható dokumentumokban szerepelő – pl. rendőrségi jegyzőkönyv, határozat, bíróság határozata, szakértői vélemény – adatok

Adatkezelés időtartama: A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszonyra irányadó szabályok (lásd 3.1.3 pont) szerint kezeli.

A Biztosító elvégezte az érintett adatkezelései tekintetében a GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja szerinti jogos érdek jogalap alkalmazásához szükséges ún. érdekmérlegelési teszteket, melyek a www.signal.hu nyitóoldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban találhatóak.

4. HOZZÁFÉRÉS A SZEMÉLYES ADATOKHOZ, ADATTOVÁBBÍTÁS

A Bit. 135. § (3) bekezdés értelmében 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.

A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek is, akikkel szemben a Biztosítónak a biztosítási titok megtartásának a kötelezettsége a Bit. 138-143. § és a 147-151. § értelmében nem áll fenn. A teljes felsorolás a Bit. „Az ügyfelek tájékoztatásáról” szóló 4. számú melléklete szerint a biztosítási tájékoztató kötelező tartalmi eleme, azt az általános szerződési feltételek „A biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések” fejezete tartalmazza.

A személyes adatokat a Biztosító adatkezelési célhoz kapcsolódó hozzáférési jogosultságokkal rendelkező munkavállalói, függő biztosításközvetítői, amennyiben az alkusz és az ügyfél közötti megbízási szerződés ad erre felhatalmazást, az alkusz biztosításközvetítő, illetve társaságunk részére szolgáltatási szerződések alapján adatfeldolgozási, kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg. **A hozzáférést a tevékenység végzéséhez elengedhetetlenül szükséges legszűkebb mértékben engedélyezzük.** A Biztosító által megbízott függő biztosításközvetítők is adatfeldolgozónak minősülnek.

A Biztosító a vagyonszolgáltatáshoz kapcsolódó felelősségbiztosítással összefüggő károkozása esetén, a Károsultak felé történő adatszolgáltatás keretében, a kár megtérítésével és összecsúszásával közvetlenül összefüggő és elengedhetetlenül szükséges személyes adatait – így különösen nevét, címét, kötvényszámát – a károsultaknak átadja. Az adatátadás célja, hogy a károsultak a kárösszegeiből levont önrészesedést a károkozótól közvetlenül igényelhessek.

A Biztosító az érintett lakásbiztosítások nyilvántartása, hitelbiztosítéki fedezetnyújtás vonatkozásában, az érintett a DLT rendszer használatát érintő adatkezeléssel kapcsolatos tiltakozása esetén mindaddig kiveszi a DLT rendszer keretében megosztandó adatszolgáltatási körből, amíg az érintett hozzájárulását nem adja az adatátadáshoz. Az érintetti hozzájárulás megadása történhet a DLT rendszer bevezetését megelőző eljárással, így a biztosítási ajánlat részét képező Zálogkötelezettti nyilatkozaton, vagy bármely, a hozzájárulás utólagos igazolhatóságát biztosító módon.

A biztosítási jogviszony fennállása alatt a biztosításközvetítő személyében beállt bármilyen változás esetén a Biztosító jogosult az ügyfél adatait a jelen Tájékoztatóban meghatározott célból, a vele függő biztosításközvetítői jogviszonyban álló más függő biztosításközvetítő részére átadni.

A Biztosító által a személyes adatok kezelése során – a kiszervezési garanciák figyelembevételével – igénybe vett adatfeldolgozók listája, valamint az általuk végzett tevékenység leírása a signal.hu nyitóoldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban található.

A Biztosítóval kötött szerződés alapján, kizárólag a kiszervezett adatfeldolgozói 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.

Amennyiben a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében elengedhetetlen, a Biztosító harmadik országba továbbítja az Ön személyes adatait annak érdekében, hogy Ön harmadik országban részesülhessen egészségügyi ellátásban, vagy ott vehessen igénybe szolgáltatásokat.

5. ADATBIZTONSÁGI INTÉZKEDÉSEK

A Biztosító gondoskodik az adatok biztonságáról és megteszi mindazokat a technikai és szervezési intézkedéseket, amelyek a vonatkozó jogszabályi rendelkezések érvényre juttatásához, így különösen a GDPR 32. cikkében foglalt adatbiztonsági követelmények teljesítése érdekében szükségesek. Ennek részeként a Biztosító kialakítja azokat az eljárási szabályokat, amelyek biztosítják, hogy a felvett, tárolt, illetve kezelt adatok védettek legyenek, illetőleg megakadályozza azok megsemmisülését, jogosulatlan felhasználását és jogosulatlan megváltoztatását. A Biztosító gondoskodik tovább a személyes adatokat tároló informatikai rendszerek zárt és teljes körű védelméről az ágazati jogszabályokban, valamint a felügyeleti szervek ajánlásaiban foglaltak teljes körű figyelembe vételével és betartásával. A Biztosító az informatikai kontroll keretrendszer rendszeres ellenőrzéséről, annak folyamatos fenntartásáról és fejlesztéséről az ágazati jogszabályokban foglalt előírások szerint gondoskodik.

A Biztosító gondoskodik arról, hogy a kezelt adatokhoz illetéktelen személy ne férhessen hozzá, ne hozhassa nyilvánosságra, ne továbbíthassa, valamint azokat ne módosíthassa, törölhesse.

A Biztosító megtesz minden tőle telhetőt annak érdekében, hogy az adatok ne sérüljenek, illetve ne semmisüljenek meg. A fenti kötelezettségvállalást a Biztosító az adatkezelési tevékenységében részt vevő munkavállalói, illetve a Biztosító megbízásából eljáró adatfeldolgozók részére is előírja.

Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító által alkalmazott korszerű technikai és szervezési intézkedések mellett sem zárható ki, hogy az Ön személyes adatait és biztosítási titkait érintő adatvédelmi incidens történik. A Biztosító az adatvédelmi incidensről – amennyiben a jogszabályi rendelkezések értelmében köteles arról az érintetteket tájékoztatni – az érintetteket hivatalos weboldalán történő értesítéssel és/vagy levélben tájékoztatja.

6. GYERMEKEK SZEMÉLYES ADATAINAK KEZELÉSE

A Biztosító tudatában van annak, hogy a gyermekek személyes adatai különös védelmet érdemelnek, mivel ők kevésbé lehetnek tisztában a személyes adatok kezelésével összefüggő kockázatokkal, következményeivel és az ahhoz kapcsolódó garanciákkal és jogosultságokkal. A korlátozottan cselekvőképes kiskorú jognyilatkozatának érvényességéhez – ha törvény eltérően nem rendelkezik – törvényes képviselőjének hozzájárulása szükséges. A cselekvőképtelen kiskorú jognyilatkozata semmis; nevében a törvényes képviselője jár el. A Biztosító a fenti követelmények érvényesítése érdekében kezeli a kiskorú szülőjének vagy gondviselőjének személyazonosító és kapcsolattartói adatait.

A közvetlenül gyermekeknek kínált, információs társadalommal összefüggő szolgáltatások vonatkozásában végzett személyes adatok kezelése 16. életévét be nem töltött gyermek esetén, csak akkor és olyan mértékben jogszerű, ha a hozzájárulást a gyermek feletti szülői felügyeletet gyakorló adta meg, illetve engedélyezte. Ennek valódiságát a Biztosító jogosult ellenőrizni és megalapozatlanság esetén további nyilatkozatokat kérhet be.

7. AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL, PROFILALKOTÁS

Az érintett jogosult arra, hogy ne terjedjen ki rá az olyan, kizárólag automatizált adatkezelésen – ideértve a profilalkotást is – alapuló döntés hatálya, amely rá nézve joghatással járna vagy őt hasonlóképpen jelentős mértékben érintené. A Biztosító kizárólag automatizált adatkezeléssel, az érintett személyes jellemzőinek értékelésén alapuló döntés meghozatalára is jogosult, ha az érintett és a Biztosító közötti biztosítási szerződés megkötése vagy teljesítése érdekében szükséges, vagy az érintett kifejezett hozzájárulását adta.

Profilalkotás a személyes adatok automatizált kezelésének bármely olyan formája, amelynek során a személyes adatokat valamely természetes személyhez fűződő bizonyos személyes jellemzők értékelésére, különösen a munkahelyi teljesítményhez, gazdasági helyzetéhez, egészségi állapothoz, személyes preferenciákhoz, érdeklődéshez, megbízhatósághoz, viselkedéshez, tartózkodási helyhez vagy mozgáshoz kapcsolódó jellemzők elemzésére vagy előrejelzésére használják.

A Biztosító a videóazonosítás útján történő ügyfél-átvilágítási során mesterséges intelligencián alapuló funkciók mellett végzi az ügyfél képmás készítésének ellenőrzését és kiértékelését. Ennek keretében sor kerül annak ellenőrzésére, hogy az átvilágítás alanyaként a távoli helyszínen megjelenő Ügyfél valós, élő személy, az online átvilágításra szolgáló rendszer valós időben személyesen használja, és az élő kép nem manipulált. A közvetett elektronikus ügyfél-átvilágítás során alkalmazásra kerülnek a tartalom értelmezésére és értékelésére alkalmas gépi funkciók: dokumentum felismerés, dokumentum detektálás, olvasás (MRZ, vonalkód), arc detektálás, kódolás, összemérés, élesség vizsgálat és élességvizsgálat adatai és kiértékelése, a kiértékelés eredményei. Az ügyfél-átvilágítási eljárás során a gépi funkciók segítségével az ügyfél által megadott adatok alapján kerül kiértékelésre a vizsgálat eredménye. A Biztosító a közvetett elektronikus ügyfél-átvilágítási eljárás során az ügyfélről rögzített fényképet és a személyazonosság igazolására alkalmas hatósági igazolványban szereplő képmást az auditált elektronikus hírközlő eszköz segítségével összehasonlítja.

A Biztosító automatizált döntéshozatalt alkalmaz, illetve profilalkotást végez az alábbiak szerint:

A Biztosító automatizált döntéshozatalt alkalmazhat a biztosítási ajánlat elfogadásáról és a szerződéskötésről a kockázatelbírálás, valamint a szerződési feltételekben foglaltak alapján történő indexálás során. A Biztosító kockázati és egyéb üzleti szempontok alapján értékeli az ajánlatban, illetve a szerződésben foglalt adatokat, amely alapján hozott döntés hatással lehet az ajánlat befogadására vagy elutasítására, illetve a biztosítási fedezetek díjára.

A Biztosító a honlapján található kárbejelentési felületen történő lakossági vagy gépjármű termékekkel kapcsolatos kárbejelentés esetén automatikusan ellenőrizheti a biztosítási fedezetet és az ellenőrzés alapján a bejelentést elutasíthatja, amelyről értesíti bejelentőt.

A Biztosító a biztosítási szerződések megkötése, így az igényfelmérés és alkalmassági tesztek elvégzése során az érintett által megadott információkat számítástechnikai eszközökkel értékeli, melynek során az érintett profilját kialakítja és az érintett igényeihez legjobban igazodó termékre ennek alapján javaslatot tesz.

A Biztosító profilalkotást végez kockázatfelmérés céljából a biztosítási szerződést érintő ügyfélkockázat előrejelzése érdekében, amelynek alapján a megtett biztosítási ajánlat elfogadásra kerül, vagy módosulhat, vagy elutasításra kerülhet, valamint a csalások megelőzése és kivizsgálása céljából olyan információk alapján, amelyek érdemben jelezhetik a csalás előfordulásának lehetőségét.

A Biztosító a biztosítási szerződést érintő biztosítási események, káresemények, ahhoz kapcsolódó dokumentációk elemzése során a személyes adatokat gépi tanuláson, mesterséges intelligencián alapuló funkciók mellett értékeli, illetve kialakítja az egyes érintetti profilokat, ezáltal kiszűrhető a visszaélések előfordulása, illetve az ügyfelek a megfelelő szolgáltató felé irányíthatók a hatékonyabb működés érdekében.

Ezen funkciókat jelenti többek között a párosítás ismert gyanús személyekkel, egyes követelések korábbi mintákkal összevetése, az ajánlatok fizetési elfogadására vonatkozó adatok és a szolgáltatók által végzett korábbi szolgáltatások adatai, a szolgáltatások során összehasonlítható károk különböző klaszterei, szolgáltatókkal kapcsolatos múltbeli tapasztalatokon alapuló gépi tanulást a kár és a szolgáltató becsült javítási költség adatai vizsgálata.

A Biztosító által alkalmazott esetleges további automatizált döntéshozatal, illetve az általa végzett profilalkotás tényéről az érintetteket az adott adatkezeléshez kapcsolódó adatkezelési tájékoztatóban tájékoztatja.

Az automatizált adatkezeléssel kapcsolatos döntés esetén, a Biztosító – jelen Tájékoztatóban rögzített elérhetőségek bármelyikén – lehetőséget biztosít Önnek, hogy emberi beavatkozást kérjen, álláspontját kifejezze és a döntéssel szemben kifogást nyújtson be.

8. AZ ADATKEZELÉssel KAPCSOLATOS JOGOK ÉS ÉRVÉNYESÍTÉSÜK

A jogszabályok alapján Ön mindenkor jogosult kérelmezni az adataihoz való hozzáférést, azok helyesbítését, törlését vagy kezelésének korlátozását, tiltakozhat a személyes adatok kezelése ellen, valamint jogosult az adatokat hordozható formában megkapni.

Ön a személyes adatai kezelésével kapcsolatos kérelmét társaságunknál szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, avagy postai úton, telefaxon, vagy elektronikus levelezési címen) jelentheti be, az alábbi elérhetőségi címeken:

Központi ügyfélszolgálat címe: 1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Postacím: 1519 Budapest, Pf. 260.

Telefonos ügyfélszolgálat telefonszáma: +36 1 458 4200

Fax: 06 1 458 4260

E-mail: adatvedelem@signal.hu

Az Ön által benyújtott jogosultságok érvényesítésére irányuló kérelmét annak benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, de legfeljebb **25 napon belül** elbíráljuk és döntésünkről írásban vagy ha Ön a kérelmet elektronikus úton nyújtotta be, elektronikus úton értesítjük!

A Tájékoztató a továbbiakban ezen jogaival kapcsolatos lényeges információkat foglalja össze. A Tájékoztató a felügyeleti ajánlásokkal összhangban tartózkodik a jogszabályok teljes és szövegszerű megismétlésétől. A részletes szabályokat a GDPR III., „Az érintettek jogai” című fejezete, valamint az Infotv. tartalmazza.

8.1. HOZZÁFÉRÉSHEZ VALÓ JOG

Az Ön kérésére, írásban – ideértve adott esetben az elektronikus utat is –, közérthető módon tájékoztatást adunk arról, hogy személyes adatainak kezelése folyamatban van-e, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos információkról, így különösen, az adatkezelés céljáról, a kezelt személyes adatokról, a címzettekről, akiknek az Ön adatait továbbítottuk, a személyes adatok tárolásának tervezett időtartamáról, valamint az automatizált döntéshozatallal kapcsolatos tudnivalókról.

A Biztosítónak a tájékoztatást és intézkedést díjmentesen kell biztosítani. Ha a kérelem egyértelműen megalapozatlan vagy – különösen ismétlődő jellege miatt – túlzó, az adatkezelő, figyelemmel a kért információ vagy tájékoztatás nyújtásával vagy a kért intézkedés meghozatalával járó adminisztratív költségekre:

- a) észszerű összegű díjat számíthat fel, vagy
- b) megtagadhatja a kérelem alapján történő intézkedést.

A kérelem egyértelműen megalapozatlan vagy túlzó jellegének bizonyítása a Biztosítót terheli.

A Biztosító az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok másolatát az Ön rendelkezésére bocsátja. További másolatokért a Biztosító az adminisztratív költségeken alapuló, észszerű mértékű díjat számíthat fel.

Ha elektronikus úton nyújtotta be a kérelmet, az információkat széles körben használt elektronikus formátumban kell rendelkezésre bocsátani, kivéve, ha Ön másként kéri.

8.2. HELYESBÍTÉSHEZ VALÓ JOG

A Biztosító minden ésszerű intézkedést megtesz annak érdekében, hogy az adatkezelés céljai szempontjából pontatlan vagy hiányos személyes adatokat haladéktalanul törölje vagy helyesbítse, kiegészítse.

Ha a személyes adat a valóságnak nem felel meg, és a valóságnak megfelelő személyes adat rendelkezésre áll, az adat helyesbítendő. Amennyiben a valóságnak megfelelő vagy a kiegészítő adat nem áll rendelkezésre, a Biztosító kiegészítő nyilatkozat útján elvégzi a helyesbítést és kiegészítést.

Az adatpontosság fenntartása érdekében Ön vállalja, hogy az adataiban bekövetkezett változást 5 munkanapon belül bejelentem az alábbi módok egyikén: e-mail: info@signal.hu, telefon: 06 1 458 4200, fax: 06 1 458 4260, postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1519 Budapest, Pf. 260., vagy személyesen a Biztosító központi ügyfélszolgálati irodájában. A Biztosító jogosult indokolt esetben Önt felhívni arra, hogy a pontosított adatot megfelelő módon – elsősorban okirattal – bizonyítsa a Biztosító számára.

8.3. TÖRLÉSHEZ VALÓ JOG (ELFELEDTETÉSHEZ VALÓ JOG)

A Biztosító indokolatlan késedelem nélkül – a jelent Tájékoztatóban meghatározott törlési követelményekre figyelemmel – törli a személyes adatot, ha a kezelés célja vagy jogalapja megszűnt, Ön tiltakozik az adatkezelés ellen, vagy bármilyen egyéb ok miatt az adatkezelés jogellenes.

A törlés megtagadható, amennyiben az adatkezelés szükséges a személyes adatok kezelését előíró, a Biztosítóra alkalmazandó uniós vagy tagállami jog szerinti kötelezettség teljesítése céljából, vagy jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez.

Ha a Biztosító nyilvánosságra hozta a törlendő személyes adatot, az elérhető technológia és a megvalósítás költségeinek figyelembevételével, megteszi az ésszerűen elvárható lépéseket annak érdekében, hogy tájékoztassa az adatokat kezelő adatkezelőket, hogy Ön kérelmezte a szóban forgó személyes adatokra mutató linkek vagy e személyes adatok másolatának, illetve másodpéldányának törlését.

8.4. AZ ADATKEZELÉS KORLÁTOZÁSÁHOZ VALÓ JOG

A Biztosító korlátozza az adatkezelést, ha az alábbiak valamelyike teljesül:

- a) Ön vitatja a személyes adatok pontosságát;
- b) az adatkezelés jogellenes, és Ön ellenzi az adatok törlését, és e helyett kéri azok felhasználásának korlátozását;
- c) a Biztosítónak már nincs szüksége a személyes adatokra adatkezelés céljából, de Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez; vagy
- d) Ön tiltakozott az adatkezelés ellen.

Ha a helyesbítés, korlátozás vagy törlés iránti kérelme nem teljesíthető, akkor a kérelem kézhezvételét követő 25 napon belül írásban tájékoztatjuk a kérelem elutasításáról, annak ténybeli és jogi indokairól.

8.5. TILTAKOZÁSHOZ VALÓ JOG

Önnek joga van a Biztosító vagy egy harmadik fél jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges adatkezelés ellen tiltakoznia! Jogosult továbbá a személyes adatai közvetlen üzletszerzés célokra történő – beleértve a profilalkotást is – felhasználása ellen tiltakoznia.

A személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők, kivéve, ha a Biztosító bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbséget élveznek az Ön érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.

8.6. ADATHORDOZHATÓSÁGHOZ VALÓ JOG

Ön jogosult arra, hogy az Önre vonatkozó, a Biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adatokat tagolt, széles körben használt, géppel olvasható – ha ez technikailag megvalósítható – formátumban megkapja, ha az adatkezelés hozzájáruláson, vagy szerződésen alapul és az adatkezelés automatizált módon történik. A jelen pont szerinti adathordozhatósághoz való jog nem teremt kötelezettséget arra vonatkozóan, hogy az adatkezelők egymással műszakilag kompatibilis adatkezelő rendszereket vezessenek be vagy tartsanak fenn.

8.7. HOZZÁJÁRULÁS VISSZAVONÁSÁHOZ VALÓ JOG

Ön jogosult a személyes adatok kezeléséhez való hozzájárulásának visszavonására. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

Felhívjuk ismételten a figyelmét, hogy amennyiben a személyes adatok kezelése nélkülözhetetlen a szerződés alapján nyújtott szolgáltatások megítéléséhez, a hozzájárulás visszavonása a szolgáltatás nyújtásának ellehetetlenülését vonhatja maga után.

8.8. HATÓSÁGI JOGORVOSLATHOZ VALÓ JOG

Ön jogosult arra, hogy a felügyeleti hatóság vizsgálatát kezdeményezze, ha megítélése szerint a személyes adataival kapcsolatos jogainak érvényesítését a Biztosító korlátozza vagy ezen jogainak érvényesítésére irányuló kérelmét elutasítja, vagy Ön bármikor úgy ítéli meg, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

A magyar **Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság** elérhetőségei:

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

Levelezési cím: 1363 Budapest, Pf.: 9.

Telefon: +36 1 391 1400

Telefax: +36 1 391 1410

E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

Web: naih.hu

8.9. A BÍRÓSÁGI JOGORVOSLATHOZ VALÓ JOG

A fentiek mellett Ön bármikor jogosult bírósági jogorvoslatra a felügyeleti hatóság Önre vonatkozó, jogilag kötelező erejű döntésével szemben, továbbá, ha az illetékes felügyeleti hatóság nem foglalkozik a panasszal, vagy három hónapon belül nem tájékoztatja Önt a benyújtott panasszal kapcsolatos eljárási fejleményekről vagy annak eredményéről.

Ön bírósághoz fordulhat abban az esetben is, ha megítélése szerint a Biztosító vagy az általa megbízott vagy rendelkezése alapján eljáró adatfeldolgozó a személyes adatait a személyes adatok kezelésére vonatkozó, jogszabályban vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusában meghatározott előírások megsértésével kezeli.

A pert – választása szerint – a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes törvényszék előtt is megindíthatja.

9. A TÁJÉKOZTATÓ ELÉRHETŐSÉGE ÉS MÓDOSÍTÁSA

A Biztosító honlapján, valamint ügyfélszolgálati irodáiban a mindenkor hatályos Tájékoztatót közzéteszi. A Biztosító fenntartja magának a jogot a Tájékoztató módosítására, amelyről honlapján (www.signal.hu) keresztül kellő időben értesíti az érintetteket.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Levélcím: 1519 Budapest, Pf. 260.
Telefon: 06 1 458 4200
info@signal.hu • www.signal.hu