

Biztosítási terméktájékoztató Hitelkártyákhoz kapcsolódó „Hitelfedezeti Biztosítás Plusz” biztosításhoz

Jelen terméktájékoztató a Budapest Bank Zrt. által kibocsátott hitelkártyákhoz kapcsolódó „Hitelfedezeti Biztosítás Plusz” biztosítás főbb jellemzőit összefoglaló egyszerűsített tájékoztató anyag, mely (1) nem tartalmazza az alkalmazandó feltételek összességét és (2) nem képezi a biztosításra vonatkozó szerződési feltételek részét.

A jelen terméktájékoztató és az Általános Biztosítási Feltételek és/vagy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek között fennálló esetleges ellentmondás esetén az Általános Biztosítási Feltételek és a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései irányadók. Felhívjuk figyelmét, hogy a csoportos hitelfedezeti biztosítás nem automatikus, hanem választható, ezért hatálya Önre, mint Biztosítottra csak abban az esetben terjed ki, ha ezen szolgáltatást igényelte!

A vonatkozó biztosítási feltételek megismerése céljából kérjük, feltétlenül olvassa el a mellékelt Általános Biztosítási Feltételeket (ÁBF) és Különös Biztosítási Feltételeket (KBF) is.

Szerződő:	Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank) Székhely: 1138 Budapest, Váci út 193., Cégjegyzékszám: 01-10-041037 A Bank a Biztosítottaknak a vonatkozó csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el. Ezzel kapcsolatban részletes tájékoztatást a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban talál. A Biztosításközvetítői Tájékoztató megtalálható a Bank honlapján is (https://www.budapestbank.hu/szolgaltatas/lakosság/biztositas.php).	
Biztosítók:	CARDIF Életbiztosító Zrt, Cégjegyzékszám: 01-10-044718 (haláleseti szolgáltatás) CARDIF Biztosító Zrt., Cégjegyzékszám: 01-10-044717 (egyéb szolgáltatások)	
Biztosított:	Aki Biztosítotti Nyilatkozat megtételével csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez.	
Biztosított kockázatok:	Munkaviszonyban* álló Biztosítottak esetén: 1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Munkanélküliség 4) Keresőképtelenség (táppénz)	Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén: 1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Balesetből eredő kórházi kezelés 4) Keresőképtelenség (táppénz) – olyan Biztosítottak esetében, akik kereső tevékenységet végeznek és társadalombiztosítási jogviszonnyal is rendelkeznek
	*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 6.3. pontja tartalmazza.	
Biztosítási szolgáltatás:	<p>Halál vagy Balesetből eredő min. 50%-os egészségkárosodás esetén: A Biztosító kifizeti a halál, vagy a baleset napján fennálló tartozás összegét a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.</p> <p>60 napon túli keresőképtelenség, illetőleg 60 napon túli nyilvántartott munkanélküliség esetén: A Biztosító a keresőképtelenség, illetőleg a regisztrált munkanélküliség 61. napját követően kifizeti a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a fennálló tartozás* összegét.</p> <p>Balesetből eredő kórházi kezelés esetén: Ha a baleset miatt, kórházban fekvőbetegként töltött időtartam eléri vagy meghaladja az 5 egymást követő naptári napot, akkor a Biztosító egy összegben kifizeti a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a baleset napján fennálló tartozás összegét.</p> <p>Újbóli szolgáltatásra való jogosultság keresőképtelenség vagy munkanélküliség esetén Ha a Biztosított biztosítási szolgáltatásként kifizette a fennálló tartozás* összegét, akkor a Biztosított csak abban az esetben válik jogosulttá újabb biztosítási szolgáltatásra, ha (1) újabb biztosítási esemény következett be (munkanélküliség esetén úgy, hogy a Biztosított újból munkaviszonyt létesített és azt követően következett be újabb biztosítási esemény) és (2) a korábbi biztosítási esemény alapján járó fennálló tartozás* kifizetése óta legalább hat hónap – díjjal fedezett – időszak eltelt.</p> <p>Szolgáltatási maximum A biztosítás tartama alatt a Biztosító a fennálló tartozás* megtérítését (i) keresőképtelenség, (ii) munkanélküliség és (iii) balesetből eredő kórházi kezelés jogcímén - kockázatonként külön-külön - legfeljebb 3 alkalommal vállalja.</p> <p>* fennálló tartozás: (i) a keresőképtelenség esetén a keresőképtelenség első napját megelőző havi zárásakor, (ii) munkanélküliség esetén a munkaviszony megszűntető írásbeli nyilatkozat keltének napját megelőző havi zárásakor, (iii) balesetből eredő kórházi kezelés esetén a baleset napján fennálló tartozás.</p> <p>A Biztosító teljesítésének részletes szabályait és a benyújtandó dokumentumok körét ld. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben.</p>	
Szolgáltatás al kapcsolatos egyéb tudnivalók:	Várakozási idő (munkanélküliség esetén)	Ha a Biztosított munkaviszonya a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett munkanélküliség esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.
	Teljesítési határidő:	Az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül
	Elévülési idő:	Az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 2 év.
	Kizárások, Mentésülések	Ld. az ÁBF 14. 15.§-át, valamint a vonatkozó KBF kizárásokra vonatkozó §-ait. (Pld: <i>Meglévő betegségek következménye az első 2 évben; A munkaviszony munkavállaló által kezdeményezett, vagy próbaidő alatti megszüntetése; A határozott tartamú munkaviszony, valamint a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszony megszűnése; Kábító vagy alkoholos befolyásoltság</i>)
	A biztosítás felmondása	A Biztosítotti Nyilatkozatot az első 30 naptári napon belül írásban, a Bankhoz címzett nyilatkozattal indoklási és fizetési kötelezettség nélkül visszavonhatja . Későbbiekben az Önre vonatkozó biztosítást a folyó biztosítási időszak (naptári hónap) végére a Bankhoz címzett írásbeli nyilatkozattal felmondhatja .
	Díjfizetés:	A biztosítás díját a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítók részére, majd a megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a Biztosítotti Nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja Önre, mint Biztosított. A díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.§-ában, az áthárított biztosítási díj mértékét ld. a jelen Biztosítási Terméktájékoztató végén.
	FONTOS! A biztosítási szerződésre tekintettel bejelentett szolgáltatási igény benyújtása a Biztosítottat a hitelszerződés alapján a Bank felé fennálló fizetési kötelezettségei alól nem mentesíti. A Bank felé a Biztosított köteles az esedékessé váló törlesztőrészeket a Biztosító teljesítéséig megfizetni. A Biztosító szolgáltatása teljesítését követően a Bank a Biztosítottal, illetve örökösével a fennmaradt tartozást/üllesztést illetően elszámol.	
A biztosítás havi áthárított díja:	A hó végi fennálló tartozás 1 %-a.	

Általános Biztosítási Feltételek

(mindkét Biztosító szolgáltatására egyaránt vonatkoznak)

Jelen feltételek - ellenkező szerződéses kikötések hiányában - a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban együttesen: Biztosítók) és a Budapest Bank Zrt. között létrejött 6/É/2009 Budapest Bank és 6/B/2009 Budapest Bank számú csoportos biztosítási szerződésekre (a továbbiakban együttesen: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet a jelen Általános Biztosítási Feltételek 2.3., 2.4., 2.8., 2.9., 6.1.2., 6.1.5., 6.1.7., 7.1., 7.2., 7.3.5., 7.3.6. pontjaira, 8.§-ára, 9.8., 9.9., 13.2., 13.4-13.7. pontjaira, 14. és 15. §-aira és 17.2. pontjára, valamint a Különös Biztosítási Feltételek – *Balesetből eredő végleges, minimum 50%-os egészségkárosodás kockázat* 1.2., 3.2., 3.3. pontjaira, a Különös Biztosítási Feltételek – *Keresőképzetlenség kockázat* 2.2., 2.3., 3.2. pontjaira és 4.§-ára, a Különös Biztosítási Feltételek – *Munkanélküliségi kockázat* 1.2., 2.2., 2.3., pontjaira, 3. §-ára, 4.2. pontjára, 5.§-ára és 6.3. pontjára, valamint a Különös Biztosítási Feltételek – *Balesetből eredő kórházi kezelés kockázat* 3. és 5.§-ára.

1. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte, a biztosítotti jogviszony alanyai

- 1.1. A csoportos biztosítási szerződés a szerződő és a Biztosítók között írásban jön létre.
- 1.2. A **szerződő** a Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank), amely a Biztosítókkal a csoportos biztosítási szerződést szerződő félként megkötötte. A Bank a Biztosítóra vonatkozó biztosítotti jogviszony létrejöttékor – a Biztosítók által fizetett jutalék ellenében - a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el. A Bank biztosításközvetítői minőségével kapcsolatos részletes tájékoztatás a csatlakozást megelőzően a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban található, amely a Bank honlapján is elérhető:
www.budapestbank.hu/biztositas
- 1.3. A **Biztosított** az a 18. életévét betöltött természetes személy, aki (i) a Bankkal hitelkártya szerződéses jogviszonyban (a továbbiakban: hitelszerződés) áll, (ii) a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott, (iii) öt erre való tekintettel a Bank a Biztosító(k)nak lejelenti, mint biztosítottat és (iv) akire vonatkozóan a Bank, mint szerződő a biztosítási díjat megfizeti.
- 1.4. A **Biztosító** a haláleseti szolgáltatás esetében a CARDIF Életbiztosító Zrt., a többi szolgáltatás esetében a CARDIF Biztosító Zrt.

2. § A biztosítotti jogviszony alanyainak jogai és kötelezettségei

- 2.1. A Bank köteles (1) a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint (2) a Biztosítók által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol, (3) a biztosítási díjat a Biztosítóknak megfizetni. A Bank az általa megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítóra jutó részét - a Biztosított által a Biztosított Nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítóra.
- 2.2. A Biztosítottak a biztosítotti jogviszonyukkal kapcsolatos jognyilatkozataikat a Bankhoz, mint a csoportos biztosítási szerződés szerződőjéhez kötelesek intézni.
- 2.3. A **Biztosítottak kötelesek a Bank részére megfizetni a Bank által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre és a díj áthárítására vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 9.10-9.12. pontokban).**
- 2.4. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosított által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Bank és a Biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a Biztosítókkal írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Bank és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz. **A közlési kötelezettség megszegése esetén alkalmazandó mentesülésre vonatkozóan ld. még a 14.1. pontot).**
- 2.5. A Biztosítók a szolgáltatás jogszerűségének megállapításához a közölt adatokat ellenőrizhetik, saját orvosok által vizsgálatot kezdeményezhetnek.
- 2.6. A Biztosított kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a biztosítótintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (továbbiakban: biztosítási törvény) foglaltak szerint tikként kezelni.
- 2.7. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.
- 2.8. A **Biztosítottakat kizárólag a csatlakozás visszavonásának (ld. a 7.1. pontban) és a biztosítotti jogviszony rendes felmondásának (ld. a 7.2. pontban) joga illeti meg.**
- 2.9. A **Biztosítottakat nem illeti meg (1) a csoportos biztosítási szerződésbe történő belépésnek, (2) a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosítotti jogviszonyukra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.**

3. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 3.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak Biztosítotti Nyilatkozattal egyénileg csatlakoznak. A Bank Úgyfele az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján csatlakozhat a csoportos biztosítási szerződéshez:
 - 3.1.1. személyesen, írásbeli nyilatkozat útján tett nyilatkozattal (**írásbéli Biztosítotti Nyilatkozat**) az alább meghatározott időpontokban és módon:
 - 3.1.1.1. a hitelszerződés aláírásával egyidejűleg,
 - 3.1.1.2. a hitelszerződés aláírását követően.
 - 3.1.2. rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli nyilatkozattal (**szóbeli Biztosítotti Nyilatkozat**) az alább meghatározott időpontokban és módon:
 - 3.1.2.1. a hitelszerződés aláírását követően a Bank telefonos ügyfélszolgálatára útján,
 - 3.1.2.2. a hitelszerződés aláírását követően a Bank vagy megbízottja által tett közvetlen telefonos megkeresés során a Bank vagy megbízottja részére tett - rögzített - szóbeli nyilatkozattal

4. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 4.1. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, mely tartam biztosítási időszakokra oszlik.
- 4.2. Az egyes Biztosítottakra vonatkozóan a biztosítási időszak az alábbi eltérésekkel a hitelkártya szerződésben megállapított elszámolási időszakhoz (naptári hónap) igazodik (a továbbiakban: Elszámolási Időszak).
 - 4.2.1. Az első biztosítási időszak a Biztosítók kockázatviselésének kezdetétől az adott hónap végéig tart.
 - 4.2.2. Az utolsó biztosítási időszak a megszűnés hónapjának első napján kezdődik és a kockázatviselés megszűnéséig tart.

5. § A Biztosítók kockázatviselésének kezdete

- 5.1. **A hitelszerződés aláírásával egyidejűleg történt csatlakozás esetében:** a hitelszámla Bank általi megnyitásának napján 0 óra.
- 5.2. **A hitelszerződés aláírását követően történt csatlakozás esetében:** a Biztosítotti Nyilatkozat megtételének napját követő nap 0 óra.

6. § A Biztosítók kockázatviselésének megszűnése

- 6.1. **Mindkét Biztosító kockázatviselése megszűnik:**
 - 6.1.1. a hitelszerződés bármely ok miatti megszűnése esetén a megszűnés napján 24 órákor,
 - 6.1.2. a Biztosított 75. születésnapját megelőző hónap utolsó napján 24 órákor,
 - 6.1.3. a Biztosított halálával,
 - 6.1.4. a Biztosított felmondása esetén (ld. a 7.2. pontban),
 - 6.1.5. az esetlegesen meg nem fizetett áthárított biztosítási díj esedékességétől számított 90. napon 24 órákor, ha a Biztosított a Bank által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességétől (ld. a 9.11. pontban) számított 90 nap elteltével sem fizette meg a Banknak az áthárított biztosítási díjat és emiatt a Bank, mint szerződő törli a Biztosítottat a Biztosítottak közül,
 - 6.1.6. a csoportos biztosítási szerződésnek (i) a Bank általi rendes felmondása (ld. a 7.3.1. pontban), illetőleg (ii) a Biztosítók általi rendkívüli felmondása (ld. a 7.3.2. pontban) esetén a 90 napos felmondási idő lejáratakor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor,
 - 6.1.7. a csoportos biztosítási szerződésnek a Bank vagy a Biztosító általi azonnali hatályú felmondása esetén (ld. a 7.3.3. és a 7.3.4. pontokat) a felmondás átvételének napján 24 órákor biztosított személyekre vonatkozóan – egyéb megállapodás hiányában - a Bank által utólagra megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 9.5. pontban) utolsó napján 24 órákor.

7. § Felmondás

- 7.1. **A csatlakozás visszavonása**
A Biztosított a csatlakozását a Bank által küldött írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal indoklási- és fizetési kötelezettség nélkül visszavonhatja.
- 7.2. **A Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása**
A Biztosított a 7.1 pont szerinti 30 napos időszakot követően a biztosítotti jogviszonyát a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja, mely az írásbeli felmondás Bankhoz történt beérkezését követő hónap első napján 0 órákor lép hatályba.
- 7.3. **A csoportos biztosítási szerződés felmondása**
 - 7.3.1. A Bank bármikor jogosult a Biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a csoportos biztosítási szerződést 90 napos felmondási idővel **rendes felmondással** felmondani.
 - 7.3.2. A Biztosított akkor jogosult a csoportos biztosítási szerződést **90 napos felmondási idővel rendkívüli felmondással** felmondani, ha a biztosítási díjtétel(m) módosítása válik szükségessé és arról a Bank és a Biztosított nem tudnak megállapodni. Ilyen esetben (i) a rendkívüli felmondás hatályba lépését követően a csoportos biztosítási szerződéshez újabb ügyfelek nem csatlakozhatnak, (ii) a rendkívüli felmondás időpontjáig Biztosítottnak tekintendő személyek biztosítási védelme a 90 napos felmondási idő lejáratakor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn.
 - 7.3.3. **Mind a Bank, mind a Biztosított** jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **azonnali hatályú** felmondani, ha a másik fél a csoportos biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségeit nem, vagy nem szerződésszerűen teljesíti. E jogával a sérelmet szenvedett Fél akkor élhet, ha a szerződésszegő Félhez intézett írásbeli nyilatkozatban – a bizonyítékokra hivatkozással – közli a szerződésszegő magatartás vagy mulasztás tényét és a másik Fél a szerződésszegő magatartást vagy mulasztást a felhívás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem szüntette meg.
 - 7.3.4. A Biztosított jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **azonnali hatályú** felmondani, ha a Bank a Biztosított által kiszámított díjat a számla Bankhoz történő beérkezésétől számított 90 napon belül nem fizette meg.
 - 7.3.5. A csoportos biztosítási szerződés **azonnali hatályú felmondása** esetén a felmondás hatályba lépésekor Biztosítottnak tekintendő személyek biztosítási védelme - egyéb megállapodás hiányában - a Bank által utólagra megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 9.5. pontban) utolsó napján 24 óráig áll fenn.
 - 7.3.6. A csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről minden esetben a Bank tájékoztatja a Biztosítottakat, a 7.3.1. és 7.3.2. pont szerinti felmondás esetén legalább 60 nappal a megszűnés hatályba lépése előtt.

8. § Területi hatály

A biztosítás az életbiztosítási kockázatra vonatkozóan valamennyi országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed, a további kockázatok vonatkozásában pedig a Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki.

9. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

- 9.1. **A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések**
 - A biztosítási díjat, mely a Biztosítók kockázatviselésének az ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítóknak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint.
 - A biztosítási díjnak a Biztosítóra jutó részét a Bank - a Biztosított által a Biztosítotti Nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján – áthárítja a Biztosítóra (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 9.10-9.12. pontokban).
 - A biztosítási havi díjfizetésű. A Bank minden Biztosított esetében egy teljes havi díjat köteles megfizetni, akkor is, ha a 4.2. pontban felsorolt esetekben az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási időszak tartama ténylegesen hosszabb vagy rövidebb, mint egy hónap.
 - A Bank által fizetendő biztosítási díj a Biztosított csatlakozását követően első alkalommal a kockázatviselés kezdetekor folyamatban lévő Elszámolási Időszak végén esedékes.
 - A biztosítási díj arra az Elszámolási Időszakra, mint biztosítási időszakra vonatkozik, amelynek a végén fennálló tartozás alapján kiszámításra kerül.
 - A Bank díjfizetési kötelezettsége - az alábbi 9.7. pontban szereplő kivétellel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.
 - A Biztosított csatlakozásának 7.1. pont szerinti - határidőn belül történt - visszavonása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn fizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény.

- 9.8. A Bank és a Biztosítók jogosultak a biztosítási díj kiszámításához alkalmazandó díjtétel (szorzó) mértékének a módosításában is megállapodni, melynek nyomán a Bank által fizetendő havi biztosítási díj (és így a Bank által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj) is módosulhat.
- 9.9. Ha a Bank által a Biztosítottra áthárított havi biztosítási díj emelkedik, a Bank a díjmelés hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban írásban értesíti a díjmelést által érintett Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjmelést nem fogadja el, jogosult a biztosítotti jogviszonyát a 7.2. pontban foglaltak szerinti rendes felmondással megszüntetni.

A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

- 9.10. A Bank által a Biztosítottra áthárított biztosítási díj kiszámításának alapja az Elszámlási Időszak (ld. még a 4.2. pontban) végén a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához tartozó hitelszámlán fennálló tartozás, az alkalmazandó díjtétellel (szorzó) a csoportos biztosítási szerződés és annak alapján a biztosítási terméktájékoztató rögzíti.
- 9.11. Az áthárított biztosítási díj az Elszámlási Időszak utolsó napján esedékes, megfizetése úgy történik, hogy a 9.10. pont szerint kiszámított összeget a Bank az Elszámlási Időszak utolsó napján a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához tartozó hitelszámlán betérheli.
- 9.12. A Biztosított csatlakozását követően a Bank az áthárított biztosítási díjat első alkalommal a kockázatviselés kezdetekor folyamatban lévő Elszámlási Időszak végén terheli be. A biztosítotti jogviszonyi rendes felmondása esetén az utolsó biztosítási időszakra vonatkozó áthárított biztosítási díjat a Bank a felmondás beérkezésekor folyamatban lévő Elszámlási időszak végén terheli be.
- 9.13. A Bank nem terheli be az utolsó (tört) biztosítási időszakra vonatkozó áthárított biztosítási díjat, ha a Biztosítók kockázatviselése amiatt szűnik meg, mert (i) a hitelszerződést akár a Bank, akár a Biztosított felmondja, vagy (ii) a Bank amiatt törli a Biztosítottat a biztosítottak közül, mert az áthárított biztosítási díjakat az esedékességig számított 90 nap elteltével sem fizette meg (ld. még a 6.1.5. pontot).

10. § Értékkövetés, maradékjogok, kötvénykölcson

- 10.1. A Biztosítók értékkövetést nem alkalmaznak.
- 10.2. A biztosításhoz maradékjogok nem tartoznak, tehát az nem visszavásárolható és a díjmentes leszállítás sem alkalmazható. A biztosításra kötvénykölcson nem nyújtható.

11. § Biztosítási kockázatok, a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés

- 11.1. A „Hitelfedezeti Biztosítás Plusz” biztosítás alapján a Biztosítók az alábbi biztosítási kockázatok esetére nyújtanak szolgáltatást.
1. Bármely ok miatt bekövetkező haláleset,
 2. Balesetből eredő, minimum 50%-os egészségkárosodás,
 3. Keresőképtelenség (táppénz),
 4. Munkanélküliség,
 5. Balesetből eredő kórházi kezelés.
- 11.2. Ha a Biztosított munkavállaló (a Különös Biztosítási Feltételek – Munkanélküliség 6.3 pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezik), akkor rá a fenti 11.1 pont szerinti 1-4. kockázatok vonatkoznak.
- 11.3. Ha a Biztosított nem rendelkezik a Különös Biztosítási Feltételek – Munkanélküliség 6.3 pontja szerinti munkaviszonnyal és (i) nem folytat kereső tevékenységet vagy (ii) nem rendelkezik társadalombiztosítási jogviszonnyal, akkor rá a fenti 11.1 pont szerinti 1., 2. és 5. számú kockázatok vonatkoznak.
- 11.4. Ha a Biztosított nem rendelkezik a Különös Biztosítási Feltételek – Munkanélküliség 6.3 pontja szerinti munkaviszonnyal, de kereső tevékenységet folytat és emellett társadalombiztosítási jogviszonnyal is rendelkezik, akkor rá a fenti 11.1 pont szerinti 1., 2. 3. és 5. számú kockázatok vonatkoznak.
- 11.5. A fenti biztosítási kockázatviselések alapján az egyes biztosítási események meghatározását a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.

12. § A Biztosító szolgáltatása

A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor az érintett Biztosító az adott kockázatviselésre vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási szolgáltatást nyújtja.

13. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- 13.1. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul - de legkésőbb 2 éven belül - bejelenteni az érintett Biztosítónak az alábbi címen illetve telefonszámon:
CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén)
CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb esetekben)
Kárrendezési osztály - 1033 Budapest, Kórház u. 6-12. Tel: (1) 501-2352
- 13.2. Az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.
- 13.3. A biztosítási szolgáltatás igénybeviteléhez a Biztosítók a következő dokumentumokat kérhetik:
- 13.3.1. a Banktól a hitelszerződés aláírt részének másolatát, vagy a szóbeli Biztosított Niilatkozat hangfelvételét,
 - 13.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
 - 13.3.3. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
 - 13.3.4. az érintett Biztosító által a 13.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
 - 13.3.5. ha a biztosítási esemény külföldön történt, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.
- 13.4. Az érintett Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az alábbi dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződésekhez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézetorvosi dokumentumokat, diagnosztikus leleteket, háziorvosi-gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.
- 13.5. Abban az esetben, ha az érintett Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- 13.6. Az érintett Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.
- 13.7. A Biztosított késedelme miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

14. § A Biztosítók mentesülése

- 14.1. A közlési kötelezettség megsértése esetében (ideértve a szándékosan valótlan tartalmú Biztosított Nyilatkozat tételét is) az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhagított vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 14.2. A Biztosítók mentesülnek a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított – a biztosítási hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatazavarában követte el.
- 14.3. A Biztosítók mentesülnek a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetek, illetve betegségeknek minősül, ha:
- 14.3.1. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószert vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott.
 - 14.3.2. a biztosítási eseményt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett, vagy
 - 14.3.3. a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá
 - 14.3.4. diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be, és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

15. § Kizárások

- 15.1. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, vagy kóros állapottal, illetve a veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha arról a Biztosított tudomással bírt. Ez a kizárás nem alkalmazható a kockázatviselés kezdetétől számított két naptári év elteltével, feltéve, hogy a Biztosított biztosítotti jogviszonya ezen időtartam alatt folyamatosan, megszakítás nélkül fennáll.
- 15.2. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be.
- 15.3. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított járművezetés közben alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószert vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Alkoholos állapotnak tekintendő gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó, egyéb jármű esetében a 2,5 ezreléket meghaladó, véralkohol-koncentráció.
- 15.4. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.
- 15.5. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával, súlyosan ittas állapottal, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.
- 15.6. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be, és a Biztosított mindkét esetben más közlekedési rendszert szabályt is megszegett.
- 15.7. A Biztosítók kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 15.7.1. (i) harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviillongás, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérelt, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás, kommandó támadás), (ii) terrorcselekménnyel, (iii) forradalommal, felkeléssel, lázadással, zavargással, zendüléssel (a lázadás fogalmát illetően ld. a Büntető Törvénykönyv szerinti minősítést), (iv) népi megmozdulással (például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk)
 - 15.7.2. nukleáris hasadással, nukleáris reakcióval, fúzióval, radioaktív- illetve ionizáló-sugárzással, valamint ezek szennyezésével, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést,
 - 15.7.3. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával, kivéve rendőrök esetében.
- 15.8. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a Biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:
- 15.8.1. búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
 - 15.8.2. hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
 - 15.8.3. auto- motor sportok (pl. auto-crash (röncausztó) sport, gokart sport, moto-cross sport, motorcsónak sport, motor-kerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad), vagy ilyen versenyekre való felkészülés,
 - 15.8.4. privát/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés), bázisugrás,
 - 15.8.5. állapot közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspólió, díjlovaglás, díjjugratás, fogathajtás).
- 15.9. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek a Biztosított hitvátszerű sporttevékenysége közben következtek be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.
- 15.10. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete vagy betegsége utasként nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel következménye.
- A CARDIF Biztosító esetében alkalmazandó további kizárások:**
- 15.11. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve a sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 15.12. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A CARDIF Biztosító Zrt. jogosult a szolgáltatást

részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.

- 15.13. A CARDIF Biztosító Zrt. kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra és azok közvetett vagy közvetlen következményeire épülő igényekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók.

16. § A panaszok bejelentése, jogorvoslat

Panaszbejelentés

16.1. A csoportos biztosítási szerződésekkel kapcsolatban felmerült panaszokat szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott írat útján, postai úton, formanyomtatványon, faxon) az alábbi címen, telefonon pedig az alábbi telefonszámon lehet bejelenteni:

- CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleseti szolgáltatás esetén)
 - CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb biztosítási szolgáltatások esetén)
Cím: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12. Tel: (1) 501-2345, Fax: 06-1-430-2301
e-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu
- 16.2. 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 rendelkezésre kell bocsátani a hangfelvételtől készített hitelesített jegyzőkönyvet.
- 16.3. A panasz által érintett Biztosító (I) a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja, (II) az írásbeli panasszal kapcsolatban, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi a panaszosnak.
- 16.4. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli panasz kezelésével nem ért egyet, a panasz által érintett Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolat példányát (1) a személyesen között szóbeli panasz esetén a panaszosnak átadja, (2) telefonon között szóbeli panasz esetén - a panasz közlését követő harminc napon belül megküldendő - indoklással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg megküldi a panaszosnak.
- 16.5. A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.

Felügyeleti szerv

16.6. A Biztosítók felügyeleti szerve:
Magyar Nemzeti Bank,
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

16.7. A panasz megoldásának sikertelensége esetén a panaszos az alábbi lehetőségek közül választhat:

16.7.1. Jogszabályértés, így különösen a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a panaszos a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet az alábbi címen:

Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ 1013 Budapest, Krisztina körút 39. (levélcím: 1534 Budapest, BKKP Postafiók: 777.)
Telefon: (36-80) 203-776, Fax: (36-1) 489-9102
E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu

A fogyasztóvédelmi eljárás megkezdéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosító honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „Panaszkezelés” menüpont alatt, valamint a Biztosító ügyfélszolgálatán (elérhetőségét ld. a 16.1. pontban), továbbá ugyanitt a formanyomtatvány térítésmentes megküldése is igényelhető
- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugi-panasz>).

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető továbbá a formanyomtatvány elektronikus ügyintézés keretében (az Ügyfélkapun keresztül) történő benyújtásával is.

Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezésére abban az esetben van lehetőség, ha azt megelőzően a Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és (i) a panaszra nem kapott választ, vagy (ii) a panasz kivizsgálása nem a vonatkozó jogszabályokban előírtak szerint történt, vagy (iii) a kapott válaszból egyéb, a vonatkozó jogszabályokban előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vételez.

Bővebben a <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem> honlapon kaphat tájékoztatást.

16.7.2. A biztosítotti jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén

16.7.2.1. bírósághoz fordulhat, vagy

16.7.2.2. a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT) (Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., Levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., Telefon: (36-80) 203-776, E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) eljárását kezdeményezheti

- Elektronikus formában az Ügyfélkapun keresztül, vagy
- Írásban (postai úton - levelezési cím: H-1525 Budapest Pf.: 172.) vagy személyesen (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.)

A PBT eljárásának kezdeményezésére abban az esetben van lehetőség, ha a Biztosított a Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és annak során a jogvitat nem sikerült megoldani.

A PBT eljárásának kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosítók honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „Panaszkezelés” menüpont alatt, valamint a Biztosító ügyfélszolgálatán (elérhetőségét ld. a 17.1. pontban), továbbá ugyanitt a formanyomtatvány térítésmentes megküldése is igényelhető
- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugi-panasz>), valamint a PBT aloldalon (<https://www.mnb.hu/bekeltetes/kerelem-es-egyebyomtatvanok/kerelem-nyomatvanv>).

17. § Egyéb rendelkezések

17.1. A Biztosítók a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli Biztosítotti Nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon

bejelentett panaszokat) csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.

- 17.2. A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésének időpontjától számított 2 év elteltével elévülnek.
- 17.3. Az egyes kockázatokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a jelen Általános Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.
- 17.4. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok és a biztosítási titoknak minősülő személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói.

A biztosítási titok

1. A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan minősített adatot nem tartalmazó, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, és a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
2. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzáfutottak.
3. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn, illetve a biztosító vagy a viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy a biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárást lefolytatása keretében ismeri meg.
4. A Bit. 138.-139. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a feladatkerében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal szemben;
 - az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészszeggel szemben;
 - 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 vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró fűhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal szemben;
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel szemben;
 - az adóhatósággal szemben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosító törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
 - a feladatkerében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal szemben;
 - a feladatkerében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben;
 - a feladatkerében eljáró gyámhatósággal szemben;
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel szemben;
 - törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel szemben;
 - a viszontbiztosítóval, a BNP Paribas csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal szemben,
 - az állományáruházas keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval szemben;
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. A Biztosítóknak kiszervezett tevékenységet végző szervezetek listája a Biztosítók honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg.
 - a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval szemben,
 - a feladatkerében eljáró alapvető jogok biztosával szemben;
 - a feladatkerében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósággal szemben;
 - a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben.
5. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
- a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (Hpt.) meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját;
 - abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget;
 - nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása;
 - nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.
6. A Biztosító 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 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerezellel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - a Btk. szerinti kábítószerezés-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
 - a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
8. A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.
9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
- ha a Biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha – a Biztosított hozzájárulásának hiányában - az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatoké, célja és jogalapja van, és a harmadik országbeli a személyes adatok védelmének megfelelő szintje a vonatkozó adatvédelmi törvények szerint biztosított.
10. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes Biztosítottak személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
11. 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.
12. 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.
13. A fent meghatározott adatok átadása a Biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
14. A Biztosítók, valamint tulajdonosai, a Biztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja a működésével kapcsolatban a tudomására jutott biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személynek nem adhatja át.
15. A Biztosítók kötelezettséget vállalnak arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkeznek, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

16. A Biztosító – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályban, vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatás jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz. A Biztosító a más biztosító által hozzá intézett, a fentiek szerinti megkeresés esetén a megkeresésben szereplő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkereső biztosítóknak.
17. A megkeresés illetve az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozhat:
- 17.1. baleseti-, betegségi- vagy életbiztosítási kockázatok (pl. keresőképzetlenség, rokkantsági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai;
 - a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételi, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
 - szerződőt, a biztosítottat, a kedvezményezettet érintő korábbi – a baleset-, betegség- vagy életbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
- 17.2. munkanélküliségi kockázat vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személyazonosító adatai;
 - a biztosítandó vagy biztosított vagyonterhek, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok;
 - a biztosítandó vagy biztosított vagyonterheket, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
18. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.
19. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti.
20. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, a 90 napos időtartam meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
21. 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.
22. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdeke nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 16. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
23. A megkereső biztosító az általa tett megkereséséről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a mindenkor hatályos adatvédelmi tárgyú jogszabályokban szabályozott módon tájékoztatja.
24. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

A személyes adatok kezelése

25. Személyes adatnak minősül az azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai, genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonoságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható. A Biztosítókkal közölt személyes adat biztosítási titoknak minősül a természetes személy ügyfelek esetén.
26. A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) felhatalmazása alapján a Biztosítók az ügyfeleiknek azon személyes adatait, biztosítási titkait jogosultak kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.
27. Az Adatkezelők:
- CARDIF Biztosító Zrt. (székhely: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.), valamint a
 - CARDIF Életbiztosító Zrt. (székhely: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.).
28. A Biztosítókkal, mint a biztosítási jogviszonyban részes felekkel, és mint adatkezelőkkel szemben követelmény, hogy az ügyfelektől személyes adatokat kérjenek be. Ezen adatok az Európai Parlament és Tanács (EU) 2016/679 rendelete (a továbbiakban: "GDPR") által védettek.
29. A Biztosítók által kért személyes adatok megadása kötelező. Ha a Biztosítók olyan személyes adatot is kérnek a Biztosítottól, amelyek szolgáltatása opcionális, ezt jelzik az adatok felvételének időpontjában.
30. A Biztosítók által gyűjtött személyes adatok az alábbiak miatt szükségesek:
- a. A vonatkozó jogi és hatósági kötelezettségek teljesítése**
- A Biztosítók a Biztosított személyes adatait különböző jogi és hatósági kötelezettségeik teljesítése érdekében használják, ideértve a következőket:
- biztosítási csalások megelőzése;
 - a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelem;
 - adókiértés elleni küzdelem, valamint adóellenőrzési és beszámolási kötelezettségeink teljesítése;
 - az intézmény részéről esetlegesen felmerülő kockázatok nyomon követése és jelentése;
 - törvényesen felhatalmazott közszférabeli szervezet vagy igazságügyi hatóság kérésének teljesítése.
- b. A Biztosítottal fennálló biztosítási jogviszony teljesítése vagy a biztosítási jogviszony létesítését megelőzően az ügyfél kérésére történő lépések megtétele**

A Biztosítók a Biztosított személyes adatait a biztosítási jogviszony létesítéséhez és a csoportos biztosítási szerződés teljesítéséhez használják, ideértve a következőket:

- az Biztosított biztosítási kockázati profiljának és az ennek megfelelő biztosítási díjnak a meghatározása;
- biztosítási kárigényekkel kapcsolatos ügyek intézése és a szerződés szerinti biztosítási szolgáltatások teljesítése;
- az Biztosított tájékoztatása a biztosítási szerződésekről;
- segítségnyújtás és kérelmek megválaszolása;
- annak felmérése, hogy milyen igényei és szükségletei vannak az ügyfélnek és milyen biztosítás ajánlható számukra a Biztosítók termékeiből.

c. Jogos érdekek érvényesítése

- A Biztosítók a Biztosított adatait a biztosítási termékek bevezetése és fejlesztése érdekében használják abból a célból, hogy javítsák kockázatkezelésüket és védjék törvényes jogaikat, ideértve a következőket:
- a biztosítási díjak vagy járulékok befizetésének igazolása;
 - csalások megelőzése;
 - Informatikai felügyelet, ideértve az infrastruktúrát (pl. közös platformok), illetve az üzletmenet-folytonosságot és az informatikai biztonság felügyeletét;
 - a káresemények számának és keletkezésének elemzése alapján egyedi statisztikai modellek kidolgozása;
 - kutatási és fejlesztési célból összesített statisztikák, tesztek és modellek kidolgozása annak érdekében, hogy javítsuk a csoportba tartozó vállalatok kockázatkezelését, vagy fejlesszük meglévő termékeinket és szolgáltatásainkat, vagy újakat hozunk létre;
 - biztosítási tudatossági kampány lebonyolítása;
 - a Biztosítók dolgozóinak képzése az ügyfélhívások rögzítésével;
 - az ügyfelek egyedi igényeinek megfelelő kínálat kialakítása, aminek célja:
 - o a biztosítási termékek minőségének javítása;
 - o az ügyfelek körülményeinek és profiljának megfelelő biztosítási termékek reklámozása.
 - Ez a következőképpen érhető el:
 - leendő és meglévő ügyfelek szegmentálása;
 - az ügyfelek szokásainak és igényeinek elemzése a Biztosítók által rendelkezésre bocsátott különböző kommunikációs csatornák használatát során;
 - a Biztosított által már megkötött vagy ajánlatban megkapott biztosítás adatainak összekapcsolása a már meglévő adatokkal;
 - nyereménnyátékok, sorsolások és reklámkampányok szervezése.
31. A Biztosítók adott esetben továbbítják a Biztosítottak anonimizált statisztikáiban összesített adatait a BNP Paribas csoportba tartozó egyes vállalatoknak, hogy ezzel is támogassák üzleti tevékenységük fejlesztését. Ilyen esetekben a Biztosítottak személyes adata nem kerül közzésre, és a Biztosítottak kitéte sem lesz megállapítható azon vállalatok által, akik ezeket az anonimizált statisztikákat megkapják.
32. A Bit. alapján a Biztosítók a személyes adatokat:
- létrejött biztosítási szerződés esetén a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelhetik, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető,
 - létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatban addig kezelhetik, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosított adatvédelmi jogai és jogorvoslati lehetőségei:

33. **A Biztosított adatvédelmi jogai:**
- Hozzáférési jog: a Biztosított a személyes adatainak feldolgozásával kapcsolatban tájékoztatást kérhet, és a személyes adatokról másolatot is kaphat.
 - Helyesbítéshez való jog: ha a Biztosított úgy gondolja, hogy a személyes adatai pontatlanok vagy hiányosak, kérheti, hogy a Biztosító megfelelő módon módosítsa az ilyen személyes adatait.
 - Törléshez való jog: a Biztosított kérheti a személyes adatainak törlését, amennyiben a jogszabályok lehetővé teszik.

Különös Biztosítási Feltételek Balesetből eredő végleges, minimum 50%-os egészségkárosodás kockázat

1. § A biztosítási esemény

- 3.2. A Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből eredő testi fogyatkozása, melynek következtében
- 3.2.1. A Biztosított végleges, minimum 50%-os egészségkárosodását állapítja meg állásfoglalásában/szaktevéleményében az erre feljogosított szakigazgatási szerv, vagy
- 3.2.2. ha a Biztosított rendszeres pénzellátásban (pl. nyugdíj) részesül és emiatt a fenti 3.2.1. pont szerinti esemény bekövetkezése nem lehetséges, az alábbi 3.2. pontban szereplő rokkantsági tábla alkalmazásával a Biztosított 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását állapítja meg a Biztosító orvosa.
- 3.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetnek a baleset bekövetkezéséhez képest előzmény nélküli következménye(i) miatt megállapított egészségkárosodás minősül biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító kifizeti a Biztosított balesetének napján fennálló hiteltartozás összegét a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az általános feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumok másolatát kéri:
- 3.1.1. az egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatósági állásfoglalás / szaktevélemény másolata,
- 3.1.2. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, és egyéb orvosi indoklások dokumentációi.
- 3.2. Ha a fenti 3.2.1. pont szerinti biztosítási esemény esetében a Biztosított egészségkárosodását az erre feljogosított szakigazgatási szerv szakhatósági állásfoglalása/ szaktevéleménye nem csupán az elszendvedett baleset következményének alapul vételével, hanem egyéb ok(ok)ra is tekintettel állapította meg (pl. korábbi állapot, vagy össz-szervezeti okok figyelembe vétele), akkor a Biztosító orvosa jogosult arra, hogy az egészségkárosodásnak az elszendvedett balesetből eredő mértékét az erre feljogosított szakigazgatási szerv által megállapított szakhatósági állásfoglalásban/szaktevéleményben megállapított mértékű eltérő mértékben állapítsa meg. Ilyen esetben, valamint a fenti 3.2.2. pont szerinti biztosítási esemény esetében a Biztosító orvosa a balesetből eredő egészségkárosodás mértékét az alábbiakban megállapított %-os mértékek alapul vételével határozza meg:

Egy kar vállizületlő való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egy kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt történt teljes elvesztése vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
Bármely más kézüjj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Egyik comb csípőizületben történő elvesztése vagy a csípőizület teljes működésképtelensége	70%
Egyik comb részleges csonkolása vagy a térdizület teljes működésképtelensége	60%
Egyik lábszár részleges csonkolása	50%
Egyik bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
A szaglórészék teljes elvesztése	10%
Az izlelőképesség teljes elvesztése	5%

- 3.3. Ha a balesetből eredő egészségkárosodás mértéke a 3.2 pontban szereplő táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a Biztosító orvosa aszerint állapítja meg, hogy a testi és/vagy szellemi működésképtelenség a baleset következtében orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

4. § Fogalom meghatározások

- 4.1. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított egészségkárosodását idézi elő.
- 4.2. Jelen feltételek szempontjából **véglegesnek** tekintendő az **egészségkárosodás** akkor, ha a baleset bekövetkezésétől számítva 1 év eltelt és a Biztosított állapota orvosilag kialakultnak és stabilnak tekinthető, és abban javulás nem várható.

Különös Biztosítási Feltételek Keresőképtelenségi kockázat

1. § A biztosítási esemény

Jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli bekövetkezett, 60 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség). A biztosítási esemény bekövetkezésének napja a Biztosított keresőképtelenségének 61. napja.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezését követően a Biztosító kifizeti a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára az 5.2 pont szerinti fennálló tartozás összegét, ha a Biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát a 3.2 pont szerinti igazolta.

- Korlátozáshoz való jog: a Biztosított kérheti a rá vonatkozó személyes adatok kezelésének korlátozását.
 - Tiltakozáshoz való jog: a Biztosított a saját helyzetével kapcsolatos okokból tiltakozhat a rá vonatkozó személyes adatok kezelése ellen. Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, az érintett jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon a rá vonatkozó személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik.
 - A hozzájárulás visszavonása: ha a Biztosított a hozzájárulását adta a rá vonatkozó személyes adatok kezeléséhez, jogosult arra, hogy ezt a hozzájárulását bármikor visszavonja.
 - Adathordozhatóság: ha jogilag lehetséges, a Biztosított jogosult arra, hogy a Biztosító rendelkezésére bocsájtott személyes adatokat visszaküldesse, vagy – amennyiben technikailag megoldható – kérje a Biztosítótól a személyes adatok harmadik személyhez történő továbbítását.
34. **A felügyeleti hatóságnál történő panaszételhez való jog**
- 34.1. A Biztosított jogosult arra, hogy panaszt tegyen a felügyeleti hatóságnál – különösen a szokásos tartózkodási helye, a munkahelye vagy a feltételezett jogszertés helye szerinti tagállamban – ha megítélése szerint a személyes adatok kezelése sérti a GDPR-t. Magyarországon az illetékes felügyeleti hatóság: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (<http://naih.hu>)
1530 Budapest, Pf.: 5;
telefon: +36-1-391-1400; fax: +36-1-391-1410;
e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu
35. **A felügyeleti hatósággal szembeni hatékony bírósági jogorvoslatához való jog**
- 35.1. A Biztosított jogosult a hatékony bírósági jogorvoslatra a felügyeleti hatóság Biztosítottokra vonatkozó, jogilag kötelező erejű döntésével szemben.
- 35.2. A Biztosított jogosult a hatékony bírósági jogorvoslatra, ha az illetékes felügyeleti hatóság nem foglalkozik a panasszal, vagy három hónapon belül nem tájékoztatja a benyújtott panasszal kapcsolatos eljárási fejleményekről vagy annak eredményéről.
- 35.3. A felügyeleti hatósággal szembeni eljárást a felügyeleti hatóság székhelye szerinti tagállam bírósága előtt kell megindítani.
36. **Az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval szembeni hatékony bírósági jogorvoslatához való jog**
- 36.1. A Biztosított hatékony bírósági jogorvoslatra jogosult, ha megítélése szerint a személyes adatainak a GDPR-nak nem megfelelő kezelése következtében megsértették a GDPR szerinti jogait.
- 36.2. Az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval szembeni eljárást az adatkezelő vagy az adatfeldolgozó tevékenységi helye szerinti tagállam bírósága előtt kell megindítani. Az ilyen eljárás megindítható az érintett szokásos tartózkodási helye szerinti tagállam bírósága előtt is.
37. Az elhunyt személyrel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a kedvezményezett is gyakorolhatja.
38. Az „Adatvédelmi tájékoztató” további részletes információkat tartalmaz a Biztosítók általi személyes adatok kezeléséről, amelyet a Biztosítók honlapján (www.bnpparibascardif.hu) érhetnek el a Biztosítottok. Az „Adatvédelmi tájékoztató” tartalmazza a személyes adatok kezelésével kapcsolatos mindazon információkat, amelyeket a Biztosítóknak mint adatkezelőknek biztosítani kell az ügyfelek, mint érintettek részére. A tájékoztató magában foglalja a feldolgozott személyes adatok kategóriáit, azok megőrzési időtartamát, valamint az érintettek jogait.
39. Személyes adatok kezelésével kapcsolatos kérés illetve kérdés vagy panasz esetén, továbbá a Biztosítottat megillető jogok gyakorlása érdekében a Biztosított:
- elsődlegesen a személyes adatok védelméért felelős helyi képviselőhöz fordulhat az adatvedelem@cardif.hu címre küldött e-mail útján vagy a Biztosítók székhelyére, a 1033 Budapest, Kórház utca 6-12. címre küldött levél útján,
 - a BNP Paribas CARDIF Group adatvédelmi tisztviselőjéhez (DPO) fordulhat e-mailben vagy levél útján. Az e-mail az erre_rendszerezett_group_assurance_data_protection_office@bnpparibas.com címre küldhető, a levelet pedig az alábbi címre szükséges megküldeni:
BNP Paribas CARDIF,
Jérôme CAILLAUD, DPO
8, rue du Port, 92728 Nanterre – France
- Kérjük, hogy azonosítás céljából személyazonosító igazolványát (az arckép letakarása mellett) szkennelje be / másolja le és az így készített szkennelt változatot / fénymásolatot küldje el a fenti címek valamelyikére. Ha a Biztosító olyan szkennelt változatot / fénymásolatot kap, amelyen az arckép nincs letakarva, akkor (i) a kapott dokumentumról olyan másolatot készít és tárol, amelyen az arckép le van takarva, majd (ii) a kapott, arcképet tartalmazó szkennelt változatot / fénymásolatot megsemmisíti.

A személyes adatok különleges kategóriái

40. A csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozáskor a Biztosítók egészségügyi adatokat is kérhetnek a Biztosítottaktól, annak érdekében, hogy a megfelelő biztosítást tudjanak ajánlani, és ellenőrzik, hogy a leendő ügyfél megfelel-e a csatlakozási feltételeknek. A Biztosított kifejezetten hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosítók a megnevezett célból és a szükséges mértékben kezeljék egészségügyi adatait.
41. A kárbejelentés estén a Biztosítók a szolgáltatás elbíráláshoz egészségügyi adatokat vagy bünyügyi adatokat is kérhetnek a Biztosítottaktól, vagy a kárt bejelentő személytől. A Biztosított kifejezetten hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosítók a csoportos biztosítási szerződés teljesítése céljából és a szükséges mértékben kezeljék ezen adatait.

Különös biztosítási feltételek Életbiztosítási kockázat

1. § A biztosítási esemény

A Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bármely - ki nem zárt - okból bekövetkezett halála.

2. § A Biztosító szolgáltatása

A Biztosító kifizeti a Biztosított elhalálozásának napján fennálló hiteltartozás összegét a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:
- 3.1.1. halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,

A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa

- 2.2. Ha a Biztosító biztosítási szolgáltatásként kifizette az 5.2 pont szerinti fennálló tartozás összegét, akkor a Biztosított keresőképtelenség jogcímén csak abban az esetben válik jogosulttá újabb biztosítási szolgáltatásra, ha (1) újabb biztosítási esemény következett be és (2) a korábbi biztosítási esemény alapján járó, az 5.2 pont szerinti fennálló tartozás kifizetése óta legalább hat hónap – díjjal fedezett – időszak eltelt.
- 2.3. A biztosítás tartama alatt a Biztosító keresőképtelenség jogcímén összesen legfeljebb 3 alkalommal vállalja az 5.2 pont szerinti fennálló tartozás kifizetését, ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a keresőképtelenségi kockázatra vonatkozóan megszűnik.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az általános feltételekben foglaltakon túl az (1) „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát, valamint (2) az „Orvosi igazolás a folyamatban keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát kéri. Az igazolásokon szerepelnie kell a keresőképtelenség alapjául szolgáló betegség kódjának és annak, hogy a Biztosított mióta keresőképtelen.
- 3.2. A szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 3.1. pont (2) alpontja szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség kezdetétől számított 61. napon vagy azt követően állítottak ki.

4. § Kizárások

- 4.1. A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
- 4.1.1. depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.2. nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) pszichiai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.3. rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.4. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázzsal, fűrdőkúrával, fogykúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.5. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal, (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.1.6. anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint: (i) terhesség és szülés miatti keresőképtelenség, (ii) gyermekápolási táppénz, (iii) GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége (kivéve, ha a Biztosított a GYES vagy GYED mellett kereső tevékenységet folytat - ha ez a vonatkozó jogszabályok alapján számára megengedett - és e kereső tevékenység folytatása során válik keresőképtelenné),
- 4.1.7. arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt,
- 4.1.8. a hitelszerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
- 5.2. **Fennálló tartozás:** a Biztosított biztosítási fedezet alá vont hitelkártyájához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlán a keresőképtelenség első napját megelőző havi záraskor fennálló tartozás.
- 5.3. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 5.4. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen (i)** aki balesete vagy betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni; **(ii)** aki fekvőbeteg-gyógyintézetű ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül; **(iii)** akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltának és más besorolást nem kap; **(iv)** akit közegészségügyi okokból hatóságilag elközlönitnek; **(v)** aki járványügyi, illetőleg állapot-egészségügyi ártalmat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható; és a felsorolt esetek miatt a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját joggal keresőképtelen állományban van.

Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett, 60 egymást követő nappal meghaladó regisztrált álláskeresőként történő nyilvántartása. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként történő nyilvántartásának 61. napja.
- 1.2. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett véten és a Biztosított akaratán kívüli munkanélküliség válsága minősül biztosítási eseménynek.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezését követően a Biztosító - az alábbi 2.2. pontban foglaltak figyelembe vételével - kifizeti a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a 6.1 pont szerinti fennálló tartozás összegét, ha a Biztosított a szolgáltatásra való jogosultságát a 4.2. pont szerinti igazolta.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa

- 2.2. Ha a Biztosító biztosítási szolgáltatásként kifizette a 6.1 pont szerinti fennálló tartozás összegét, akkor a Biztosított munkanélküliség jogcímén csak abban az esetben válik jogosulttá újabb biztosítási szolgáltatásra, ha (1) a Biztosított munkaviszonyt létesített és azt követően újabb biztosítási esemény következett be, és (2) a korábbi biztosítási esemény alapján járó, a 6.1 pont szerinti fennálló tartozás kifizetése óta legalább hat hónap – díjjal fedezett – időszak eltelt.
- 2.3. A biztosítás tartama alatt a Biztosító munkanélküliség jogcímén összesen legfeljebb 3 alkalommal vállalja a 6.1. pont szerinti fennálló tartozás kifizetését,

ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a munkanélküliségi kockázatra vonatkozóan megszűnik.

3. § Várakozási idő

A Biztosító a munkanélküliség válságában a kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha a Biztosított munkaviszonya a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett munkanélküliség esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az általános feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
- 4.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap a munkanélküli járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- 4.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
- 4.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
- 4.1.4. a munkáltató levelét a munkaviszony felmondásáról,
- 4.1.5. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- 4.1.6. a munkügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált munkanélküli,
- 4.1.7. a munkanélküli járadék iránti kérelem, vagy a ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
- 4.1.8. ha a munkaviszony megszűntetése miatt munkügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.
- 4.2. A szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított a munkügyi központ vagy kirendeltség által kiállított igazolással igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan nyilvántartott álláskereső. A teljesítéshez a 4.1.6 pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet az álláskeresőkénti nyilvántartás kezdetétől számított 61. napon vagy azt követően állítottak ki.

5. § Kizárások

- 5.1. A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
- 5.1.1. a határozott tartamú munkaviszonyra, valamint a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
- 5.1.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását közvetlenül megelőzően nem állt a 6.2 pont szerinti munkajogviszonyban (pl. egyéni vállalkozó, megbízási jogviszony keretében foglalkoztatott, egyéb jogviszony alapján kereső foglalkozást folytató, „főállású anyja”),
- 5.1.3. arra az esetre, ha a Biztosított az álláskeresővé válását közvetlenül megelőzően a 6.3 pont szerinti munkajogviszonyban állt ugyan, de az álláskeresővé válását megelőző 90 nap során a munkavégzése - a táppénz kivételével - szünetelt,
- 5.1.4. a munkaviszony megszűnésére, ha (i) a munkáltatói jogok gyakorlója a Biztosított vagy a Biztosított hozzátartozója, vagy (ii) a Biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy (iii) a Biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik,
- 5.1.5. a munkaviszonyban a Biztosított által kezdeményezett (i) közös megegyezéssel történő megszüntetés vagy (ii) felmondás miatti megszűnésére,
- 5.1.6. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
- 5.1.7. a munkaviszonyban a munkáltató általi azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
- 5.1.8. a munkáltató általi felmondásra öregségi vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
- 5.1.9. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette, a felmondó levél kézhezvételének napját követően felvett kölcsönökre.
- 5.2. Az 5.1.3. pontban szereplő kizárás nem alkalmazandó abban az esetben, ha a Biztosított a csatlakozásakor és az azt követő 12 hónap során folyamatosan, valamint az álláskeresővé válását megelőzően a 6.2. pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett, de az álláskeresővé válását megelőzően GYES-en vagy GYED-en volt, majd az ellátásra való jogosultsági időtartam lejártát követően a munkáltató a Biztosított munkaviszonyát megszüntette.

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. **Álláskereső** (munkanélküli): az, aki (i) a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, (ii) oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, (iii) öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem részesül, (iv) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb keresőtevékenységet sem folytat, (v) elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit (vi) az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart.
- 6.2. **Fennálló tartozás:** a Biztosított biztosítási fedezet alá vont hitelkártyájához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlán a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) napját megelőző havi záraskor fennálló tartozás.
- 6.3. **Munkaviszony:** legalább heti 30 óras, (i) a Munka Törvénykönyve hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) kormányzati szolgálati jogviszony (v) bírósági és igazságügyi-illetőleg ügyészségi szolgálati viszony, (vi) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.

Különös Biztosítási Feltételek Balesetből eredő kórházi kezelés kockázat

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset közvetlen következményeként kórházban, fekvőbetegként 5 egymást követő naptári napot elérő vagy meghaladó kezelése.
- 1.2. A biztosítási esemény a kórházi kezelés ötödik napján 0 órakor következik be (a kórházi felvétel napja minősül az első napnak).

2. § A Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító egy összegben kifizeti a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a baleset napján a hitelszámlán fennálló tartozás összegét.

3. § A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa

- 3.1. Ha a Biztosító biztosítási szolgáltatásként kifizette a baleset napján fennálló tartozás összegét, akkor a Biztosított a balesetből eredő kórházi kezelés jogcímén csak abban az esetben válik jogosulttá újabb biztosítási szolgáltatásra, ha (1) újabb biztosítási esemény következett be és (2) a korábbi biztosítási esemény alapján járó fennálló tartozás kifizetése óta legalább hat hónap – díjjal fedezett – időszak eltelt.
- 3.2. A biztosítás tartama alatt a Biztosító balesetből eredő kórházi kezelés jogcímén összesen legfeljebb három alkalommal nyújtja a 3.1. pont szerinti szolgáltatást, ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a balesetből eredő kórházi kezelés kockázatra vonatkozóan megszűnik.

4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosított köteles – az Általános Biztosítási Feltételek 13.§-ában felsoroltak mellett - a Biztosító részére benyújtani a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolásokat.
- 4.2. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt a Biztosító részére írásban bejelenteni, melyhez mellékelni kell a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolás(ok)at.
- 4.3. A Biztosító a jelen kockázatviselés alapján fizetendő összegeket a biztosítási fedezet alá vont hitelkártyához kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára történő utalással teljesíti.

5. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki az itt felsorolt (akár köz-, akár magánintézményben, kórházban vagy klinikán folytatott) kórházi kezelésekre: kúra, pihenés, rehabilitáció, lábadozás, visszazoktatás, újraképzés, nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) pszichiátriai kezelés.

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. **Baleset:** a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított kórházi fekvőbeteg ellátását teszi szükségessé. Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősül balesetnek: (i) betegségek vagy azok következményei, beleértve a sebészeti beavatkozásokat is, vagy az ezen beavatkozások közvetlen vagy közvetett következményei, (ii) „érrendszeri baleset” vagy külső trauma nélkül bekövetkezett belső vérzés.
- 6.2. **Kórház:** a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek – a (1) szanatóriumok, (2) rehabilitációs intézetek, (3) gyógyfürdők, (4) gyógyüdülők, (5) elmeorvos állapotú- és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetei, (6) geriátriai, „krónikus” intézetek, (7) szociális otthonok, (8) alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak, valamint (9) kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.