

## Biztosítási terméktájékoztató

### a Budapest Bank által nyújtott jelzálog kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításhoz

Jelen terméktájékoztató a Budapest Bank által nyújtott jelzálog kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítás főbb jellemzőit tartalmazó egyszerűsített tájékoztató anyag,

mely (1) nem tartalmazza az alkalmazandó feltételek összességét és (2) nem képezi a biztosításra vonatkozó szerződési feltételek részét.

A csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek megismerése céljából kérjük, olvassa el a mellékelt Általános Biztosítási Feltételeket és a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételeket (a továbbiakban együttesen: ÁBF).

A jelen terméktájékoztató és az ÁBF és/vagy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek (a továbbiakban: KBF) között fennálló esetleges ellentmondás esetén az ÁBF és a vonatkozó KBF rendelkezései irányadók.

<b>Szerződő:</b>	<b>Budapest Bank Zrt.</b> (a továbbiakban: Bank) (székhely: 1138 Budapest, Váci út 193. felülegyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank) A Bank a Biztosítottaknak a 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												
<b>Biztosítók:</b>	<b>CARDIF Életbiztosító Zrt.,</b> Cégjegyzékszám: 01-10-044718 (haláleseti szolgáltatás) <b>CARDIF Biztosító Zrt.,</b> Cégjegyzékszám: 01-10-044717 (egyéb szolgáltatások) Székhely: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.												
<b>Biztosított:</b>	<p>Olyan természetes személy, aki a Bankkal jelzálog kölcsönszerződéses jogviszonyban (a továbbiakban: kölcsönszerződés) áll és az általa tett csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában az alább felsorolt feltételeknek megfelel:</p> <p><b>(1) a teljes kölcsönösszeg folyósítását követően a csatlakozása időpontjában a fennálló tartozása nem haladta meg a 60 millió Ft-ot (még nem folyósított, vagy szakasos folyósítású kölcsön esetében az itt szereplő összeghatárok a szerződött kölcsönösszegre alkalmazandók)</b></p> <p><b>(2) a 18. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 65. életévét,</b></p> <p><b>(3) nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban, a B vagy C szolgáltatási csomag igénylése esetén továbbá nem öregségi nyugdíjas.</b></p> <p><b>15 millió Ft alatti fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén a csoportos hitelfedezeti biztosításhoz csatlakozási nyilatkozat megtételével (írásbeli csatlakozás esetén aláírásával) lehet csatlakozni.</b></p> <p><b>15 millió forint, vagy azt meghaladó összegű szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén a csatlakozás csak írásbeli csatlakozási nyilatkozattal, a Biztosítók által elvégzett egészségi kockázat-elbírálást követően lehetséges.</b></p> <p>A Biztosítók az egészségi kockázat-elbírálást a leendő biztosított életkorától és a fennálló tartozás összegétől / a szerződött kölcsönösszegtől függően az alábbi információ alapján végzik:</p> <table border="1" data-bbox="446 871 1347 997"> <thead> <tr> <th rowspan="2">leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában</th> <th colspan="2">szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában</th> </tr> <tr> <th>15.000.000 Ft - 24.999.999 Ft</th> <th>25.000.000 Ft - 60.000.000 Ft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18-50 év*</td> <td>Egészségi Kérdőív</td> <td>Egészségi Kérdőív</td> </tr> <tr> <td>50-65 év**</td> <td>Egészségi Kérdőív</td> <td>Orvosi- és laborvizsgálat</td> </tr> </tbody> </table> <p>* a 18. születésnapon 0 órától az 50. születésnapon 24 óráig ** az 50. születésnapot követő napon 0 órától a 65. születésnapon 24 óráig</p> <p><b>A Biztosítók 60 napon belül jogosultak indokolás nélkül megtagadni a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>az Egészségi Kérdőíven adott válaszok vagy az orvosi vizsgálat eredményei alapján, vagy,</li> <li>ha a leendő Biztosított az előírt orvosi vizsgálato(ko)n nem vett részt vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket 45. napig nem kapták meg.</li> </ul> <p><b>A fenti 60. illetőleg 45 napos határidőket:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a Bank hitelbírálati döntését vagy a kölcsönösszeg folyósítását követően tett csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat aláírásától kell számítani,</li> <li>a Bank hitelbírálati döntését megelőzően tett csatlakozási nyilatkozat esetében Bank pozitív hitelbírálati döntésétől kell számítani.</li> </ul>		leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában	szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában		15.000.000 Ft - 24.999.999 Ft	25.000.000 Ft - 60.000.000 Ft	18-50 év*	Egészségi Kérdőív	Egészségi Kérdőív	50-65 év**	Egészségi Kérdőív	Orvosi- és laborvizsgálat
leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában	szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában												
	15.000.000 Ft - 24.999.999 Ft	25.000.000 Ft - 60.000.000 Ft											
18-50 év*	Egészségi Kérdőív	Egészségi Kérdőív											
50-65 év**	Egészségi Kérdőív	Orvosi- és laborvizsgálat											
<b>Biztosítási események:</b>	<p><b>A szolgáltatási csomag esetén</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haláleset</li> <li>Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás</li> </ul>	<p><b>B szolgáltatási csomag esetén</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keresőképtelenség (60 napon túli betegállomány)</li> <li>Munkanélküliség (60 napot meghaladó állaskeresőként történő nyilvántartása)</li> </ul> <p><b>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keresőképtelenség (60 napon túli betegállomány)</li> <li>Balesetből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelés</li> </ul> <p>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.3. pontja tartalmazza.</p>											
<b>Biztosítási szolgáltatás:</b>	<p><b>Haláleset vagy Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A Biztosított halála esetén a CARDIF Életbiztosító Zrt. megfizeti a halál napján <b>fennálló kölcsöntartozás</b> összegét.</li> <li>Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén a CARDIF Biztosító Zrt. megfizeti a biztosítási esemény napján (ld. a vonatkozó KBF 1.2. pontját) <b>fennálló kölcsöntartozás</b> összegét.</li> </ul> <p><b>Keresőképtelenség, illetve munkanélküliség esetén:</b></p> <p>A CARDIF Biztosító Zrt. a keresőképtelenség, illetve a regisztrált munkanélküliség 61. napját követően megfizeti <b>(i) a keresőképtelenség, illetve a regisztrált munkanélküliség 61. napján vagy azt követően esedékessé váló havi törlesztőrészleteket,</b> valamint <b>(ii) a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 10.11-10.12. pontjait) összegét.</b></p> <p><b>Munkanélküliség esetén a Biztosító a vonatkozó KBF 1.1. pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén is csak abban az esetben köteles szolgáltatást nyújtani, ha a Biztosított az állaskeresőként történő nyilvántartásba vételét megelőző legutóbbi munkaviszonyának megszűnésekor 12 havi, folyamatos, a vonatkozó KBF 7.3. pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezett.</b></p> <p><b>A Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amellyk az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik: (1) a keresőképtelenség illetve a regisztrált munkanélküliség állapota megszűnéséig, vagy (2) a kölcsönszerződés megszűnésének időpontjáig, (3) de legfeljebb 8 egymást követő hónapig.</b></p> <p><b>Balesetből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén:</b></p> <p>Ha a Biztosított a baleset következtében a kórházi felvételtől számított 5. naptári napon fekvőbetegként megszokottá nélkül kórházban tartózkodik, akkor a CARDIF Biztosító Zrt. megfizeti <b>(i) a kórházi felvételtől számított 5. naptári napon legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét,</b> valamint <b>(ii) az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított havi biztosítási díj összegét a Bank részére.</b> Ha a megszokottá nélküli kórházi tartózkodás a kórházi felvételtől számított 31. naptári napon is fennáll, a Biztosító megfizeti <b>(i) a felvételtől számított 31. napot megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét is,</b> valamint <b>(ii) az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított havi biztosítási díj összegét a Bank részére.</b></p>												

	<p>A Biztosító a fennálló kölcsöntartozást illetve a havi törlesztőrészetet (a biztosítási esemény fajtájától függően) a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára fizeti meg.</p> <p><b>FONTOS!</b> 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 törlesztőrészeteket a Biztosító teljesítéséig megfizetni. A Biztosító szolgáltatása teljesítését követően a Bank a Biztosítottal, illetve örökösével a fennmaradt tartozást/tulfizetést illetően elszámol.</p>			
A kockázatviselés kezdete:	Ld. az ÁBF 7.3-7.6 pontjaiban.			
A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:	Várakozási idő (munkanélküliségi szolgáltatás esetén):	A kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 nap. Ha (i) a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy (ii) a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító a bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.		
	Szolgáltatási maximum:	keresőképzetlenségi és munkanélküliségi szolgáltatás esetén	a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 32 havi szolgáltatás (különbözően vonatkozik a keresőképzetlenségre és a munkanélküliségre)	
		balesetből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén	egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2 havi, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 8 havi szolgáltatás	
	Újbóli szolgáltatásra való jogosultság munkanélküliségi szolgáltatás esetén:	Ha egy adott biztosítási esemény alapján a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 8 havi szolgáltatás kifizetésével megszűnt, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosított a megszűnést követően ismételten a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 7.3 pontja szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételten munkanélkülivé vált, és (2) a szolgáltatási kötelezettség említett okból történő megszűnése, valamint az újbóli munkanélkülivé válás között 12 hónapos, díjfizéssel fedezett időszak eltelt.		
	Teljesítési határidő:	A Biztosító a szolgáltatást az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti, ha a biztosítási esemény tekintetében az érintett Biztosított szolgáltatási kötelezettsége beáll.		
	Elévülési idő:	Az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 2 év.		
	Mentesülési okok:	Ld. az ÁBF 16.§-át.		
Kizárások:	Ld. az ÁBF 17.§-át, valamint a vonatkozó KBF 'Kizárások' című §-ait			
Díjfizetés:	A biztosítás díját a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítók részére, majd a megfizetett biztosítási díjat áthárítja a törlesztő számla tulajdonosára. A díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket az Általános Biztosítási Feltételek 10.§-ában, az áthárított biztosítási díj mértékét a jelen Biztosítási Terméktájékoztató végén találja.			
A biztosítási esemény bejelentésének módja:	<p>A biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb 2 éven belül be kell jelenteni az alábbi címen illetve telefonszámon:  CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén)  CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb esetekben)  Kárrendezési osztály – 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.  Telefon: (1) 501-2374</p> <p>A biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó részletes rendelkezéseket az ÁBF 15.§-a, valamint a vonatkozó KBF 'A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok' című §-ai tartalmazzák.</p>			
A biztosítás megszüntetése	Rendes felmondás:	A Biztosított a rá vonatkozó biztosítást a Bankhoz intézett, az ÁBF 9.3. pontja szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal az ÁBF 9.2 pontja szerint felmondhatja.		
	Azonnali hatályú felmondás:	A Bank a csatlakozásról írásbeli visszaigazolást küld, melyhez mellékeli az ÁBF-et. A Biztosított ezen írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 (harminc) napon belül a biztosítotti jogviszonyt az ÁBF 9.3. pontja szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal indokolási kötelezettség nélkül azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a Bankhoz történő beérkezés napján 24 óraker, de legkésőbb az elküldést követő 4. munkanapon 24 óraker lép hatályba. A kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakra nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, az Ön által esetlegesen már megfizetett áthárított biztosítási díjat a Bank 30 napon belül visszafizeti. Az azonnali hatályú felmondás megtételére rendelkezésre álló 30 (harminc) napos határidő lejártát követően a Biztosítottat a továbbiakban csak a rendes felmondási jog illeti meg.		
<p><b>A Biztosítók a fizetőképességükről és pénzügyi helyzetükről szóló éves jelentést a honlapjukon (<a href="http://www.bnpparibascardif.hu">www.bnpparibascardif.hu</a>) a „Rólunk” menüpont alatt, a „Cégünk számokban” rovatban teszik közzé.</b></p>				
A biztosítás havi áthárított díja a kölcsön havi törlesztőrészetének %-ában	<b>Szolgáltatási csomag</b>		<b>Egy Biztosított esetén</b>	<b>Két Biztosított esetén</b>
	A szolgáltatási csomag		4,9%	7,4%
	B szolgáltatási csomag		4,9%	7,4%
	C szolgáltatási csomag		7,9%	11,9%

**A CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt.  
csoportos hitelfedezeti biztosításának általános feltételei a  
Budapest Bank által nyújtott  
jelzálog kölcsönszerződésekhez kapcsolódó „Budapest Bank  
Jelzálog Hitelfedezeti Biztosítás”-hoz**

**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 között létrejött 11/É/2014 Budapest Bank és 11/B/2014 Budapest Bank számú csoportos biztosítási szerződésre (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a jelen feltételhez kapcsolódó különös feltételek másképp nem rendelkeznek.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet az **ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK 3.1.4.2.2., 3.1.5-3.1.9., 3.2. pontjaira, 4.§-ára, 5.2., 5.4., 5.9., 7.3-7.6., 8.1.2., 8.1.6-8.1.8., 9.5.3., 10.8., 10.10., 10.15-10.18., 13.3-13.7., 15.2., 15.4., 15.6., pontjaira, 16.§-ára, 17.§-ára, 19.2. pontjára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – ÉLETBIZTOSÍTÁSI KOCKAZAT 2.§-ára és 3.2. pontjára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – BALESETBŐL EREDŐ, 50%-OT MEGHALADÓ, EGÉSZSÉGKÁRODÁS KOCKAZAT 2. §-ára, 3.2., 4.2, 4.3. pontjaira és 5.§-ára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – KERESŐKÉPTELENSÉGI KOCKAZAT 1.3. pontjára, 2.§-ára, 3.2., 3.4., 4.2-4.4. pontjaira és 5.§-ára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – MUNKANÉLKÜLSÉGI KOCKAZAT 1.3. pontjára, 2.§-ára, 3.2-3.5. pontjaira, 4.§-ára, 5.2-5.4. pontjaira, 6.§-ára és 7.3. pontjára, valamint a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – BALESETBŐL EREDŐ, 5 NAPOT MEGHALADÓ KÓRHÁZI KEZELÉS KOCKAZAT 2.§-ÁRA, 3.2. és 4.2. pontjára, valamint 5.§-ára.**

A jelen biztosítási feltételekben a csatlakozás feltételeivel és/vagy a szolgáltatási csomag megváltoztatásának feltételeivel, valamint a kockázatviselés kezdetével kapcsolatosan megállapított összegtartókat (i) a teljes kölcsönösszeg folyósítását követően történt csatlakozás esetében a fennálló tartozás összegére, (ii) még nem folyósított kölcsön, illetőleg szakaszos folyósítás esetén a szerződött kölcsönösszegre kell alkalmazni.

**1. § Meghatározások**

- 1.1. **Bank:** a Budapest Bank Zrt., amely a Biztosítókkal a csoportos biztosítási szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a biztosítási díjat megfizeti. (A Bank az általa megfizetett biztosítási díj összegét áthárítja a Törlesztő Számlával rendelkező személyre - a díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 10.§ rendelkezéseit.) A Bank a Biztosítóra vonatkozó biztosítói jogviszony létrejöttéig a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el. A Bank biztosításközvetítői minőségével kapcsolatos részletes tájékoztatás a Bank által a csatlakozást megelőzően átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban található, amely a Bank honlapján is elérhető.
- 1.2. **Biztosított:** olyan természetes személy, akire a Biztosító(k) kockázatviselése kiterjed, mivel: (i) megfelel a 4.§-ban írt feltételeknek, (ii) az általa tett csatlakozási nyilatkozattal a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott (ld. még 3.§) és (iii) őt erre való tekintettel a Bank a Biztosító(k)knak lejelenti, mint biztosítottat és (iv) rá vonatkozóan a Bank, mint szerződő a biztosítási díjat megfizeti.
- 1.3. **Biztosító:** a haláleseti kockázat esetében a CARDIF Életbiztosító Zrt., egyéb kockázatok esetében a CARDIF Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.4. **Egészségi Kérdőív:** 15 millió Ft vagy azt meghaladó összegű fennálló jelzálog-kölcsöntartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén a 3.1.7. pont szerinti esetekben a leendő Biztosított által a csatlakozási nyilatkozat mellett kitöltendő kérdőív, melynek alapján a Biztosítók a kérdésekre adott válaszokon alapuló egészségi kockázat-elbírálást végeznek és jogosultak a leendő Biztosított csatlakozását visszautasítani (ld. még a 0-3.1.9. pontokat).
- 1.5. **Törlesztő Számla:** a Bank által a kölcsönszerződés pénznemében vezetett számla, amelyről a Bank a havi törlesztéseket, valamint az áthárított biztosítási díjakat beszéli.

**2. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte**

A csoportos biztosítási szerződés a Bank, mint szerződő és a Biztosítók között írásban jött létre.

**3. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez**

- 3.1. **Általános rendelkezések**
  - 3.1.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítóra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyenlőleg csatlakoznak. Az írásban tett csatlakozási nyilatkozat a Bank mint biztosításközvetítő átvettét igazoló aláírásával együtt érvényes.
  - 3.1.2. A Bank kölcsönszerződéssel rendelkező, illetőleg kölcsönt igénylő vagy társigénylő ügyfele (a kölcsönszerződésben adós, illetve adóstárs) a csoportos biztosítási szerződéshez az általa (a 3.1.4. pontban részletezett módon) tett csatlakozási nyilatkozattal csatlakozhat. A leendő Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy az A, B vagy C szolgáltatási csomagot igényli.
  - 3.1.3. A Bank a csatlakozásról írásbeli visszaigazolást ad át (nem a Banknál személyesen tett csatlakozási nyilatkozat esetén küld) a Biztosítottnak, amelyhez mellékel a jelen biztosítási feltételeket.
  - 3.1.4. A csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozás az alábbiakban felsorolt módokon és időpontban lehetséges:
    - 3.1.4.1. a kölcsönigénylés aláírásával egyidejűleg aláírt írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,
    - 3.1.4.2. a kölcsönszerződés aláírását követően
      - 3.1.4.2.1. személyesen a Banknál aláírt írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,

3.1.4.2.2. a Bank vagy megbízottja által kezdeményezett, rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján (szóbeli csatlakozás kizárólag abban az esetben lehetséges, ha a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg nem éri el a 15 millió Ft-ot).

- 3.1.5. 60 millió Ft-ot meghaladó fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén a csatlakozás nem lehetséges.
- 3.1.6. 15 millió Ft-ot el nem érő fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén a Biztosítók nem alkalmaznak egészségi kockázat-elbírálást, a csatlakozás a szóbeli vagy írásbeli csatlakozási nyilatkozat megtételével – írásbeli csatlakozás esetén aláírásával - lehetséges.
- 3.1.7. 15 millió Ft vagy azt meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén (1) kizárólag írásbeli csatlakozási nyilatkozattal lehetséges a csatlakozás és (2) a Biztosítók a leendő Biztosított életkorától és a fennálló tartozás összegétől / a szerződött kölcsönösszegtől függően egészségi kockázat-elbírálást alkalmaznak az alábbi információ alapján az alábbi rendelkezések szerint.

leendő Biztosított életkora a csatlakozási időpontjában	szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában	
	15.000.000 Ft - 24.999.999 Ft	25.000.000 Ft - 60.000.000 Ft
18-50*	Egészségi Kérdőív	Egészségi Kérdőív
50-65**	Egészségi Kérdőív	Orvosi- és laborvizsgálat

\* a 18. születésnapon 0 órától az 50. születésnapon 24 óráig

\*\* az 50. születésnapot követő napon 0 órától a 65. születésnapon 24 óráig

- 3.1.8. A Biztosítók az egészségi kockázat-elbírálás alapján jogosultak a csatlakozást a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 60. naptári napig indokolás nélkül visszautasítani.
- 3.1.9. A Biztosítók a kockázat-elbírálás eredményéről 15 naptári napon belül írásban értesíti(k) a csatlakozni kívánó ügyfelet:
  - 3.1.9.1. egészségi Kérdőíven alapuló kockázat-elbírálás esetén a csatlakozási nyilatkozatba integrált, hiánytalanul kitöltött Egészségi Kérdőív biztosítóhoz történő beérkezését követően (a hiánytalanul kitöltött Egészségi Kérdőívet a Bank a pozitív hitelbírálati döntésének meghozatalát követően továbbítja a Biztosítóknak),
  - 3.1.9.2. orvosi- és laborvizsgálaton alapuló kockázat-elbírálás esetén azt követően, hogy a csatlakozni kívánó Ügyfélre vonatkozóan minden, a kockázat-elbíráláshoz szükséges és előírt orvosi vizsgálatról készült dokumentáció beérkezett a Biztosítókhöz. A Biztosítók akkor is jogosultak a Biztosított csatlakozását visszautasítani, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálatot(ko)n nem vett részt, vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 45. nappig nem kapták meg.
- 3.2. **Az adóstársakra vonatkozó további rendelkezések:**
  - 3.2.1. A csoportos biztosítási szerződéshez Biztosítottként legfeljebb kettő személy csatlakozhat (főadós és adóstárs, vagy két adóstárs) egy jelzálogkölcsönhöz kapcsolódóan. Kettő Biztosított csatlakozása esetén a Biztosítottak csak egyforma szolgáltatási csomagot választhatnak – a biztosításhoz elsőként csatlakozó biztosított szolgáltatási csomagja szerint. A biztosítási esemény bekövetkezéséhez elegendő, ha az csak az egyik Biztosított vonatkozásában valósul meg.

**4. § A Biztosítottal szembeni követelmények**

- 4.1. A jelen biztosítási feltételek alapján Biztosított olyan természetes személy lehet, aki
  - 4.1.1. a Banknál főadósként vagy adóstársként jelzálog kölcsönszerződést (a továbbiakban: kölcsönszerződés) kötött,
  - 4.1.2. a csatlakozása időpontjában a 18. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 65. életévét,
  - 4.1.3. a csatlakozása időpontjában a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozása / a szerződött kölcsönösszeg nem haladta meg a 60 millió Ft-ot,
  - 4.1.4. nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban, továbbá a jelen biztosítás alapján nyújtott B vagy C szolgáltatási csomag igénylése esetén nem öregségi nyugdíjas.
- 4.2. Ha a Biztosított csatlakozásakor az A vagy a C szolgáltatási csomagot igényli és a fennálló tartozás összege / a szerződött kölcsönösszeg eléri vagy meghaladja a 15 millió Ft-ot, akkor a fenti 4.1.1-4.1.4. pontokban feltüntetett követelményeken felül a Biztosítottal szembeni további követelmény, hogy a Biztosított az egészségi kockázat-elbírálás alapján a csatlakozását nem utasították vissza (ld. még a 0-3.1.9. pontokat).

**5. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei**

- 5.1. 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 díj összegét áthárítja a Törlesztő Számla tulajdonosára).
- 5.2. A kölcsönszerződéshez kapcsolódó Törlesztő Számla tulajdonosa köteles a Bank részére megfizetni a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott

**Biztosított(ak)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 10. §-ban).**

- 5.3. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosítók által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.
- 5.4. 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 Biztosítók írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító(k) szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhagytott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- 5.5. A Biztosítók a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizhetik, saját orvosuk által vizsgálatot kezdeményezhetnek.
- 5.6. A Biztosítók kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXVIII. tv.-ben (továbbiakban: Bit.) foglaltak szerint titokként kezelni.
- 5.7. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosított módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.
- 5.8. A Biztosítottakat kizárólag a saját biztosítotti jogviszonyuk felmondásának joga illeti meg (ld. 9.2 pont).
- 5.9. **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.**

#### 6. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 6.1. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, amely biztosítási időszakokra oszlik.
- 6.2. A biztosítási időszak az alábbi eltérésekkel a havi törlesztőrészlet esedékességétől a következő esedékességi időpontig tartó időszak.
  - 6.2.1. Az első biztosítási időszak a Biztosítók kockázatviselésének kezdetétől annak a napnak a 24. órájáig tart, amely napon a csatlakozást követő legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékes. Az első biztosítási időszak tartama legfeljebb 90 nap lehet.
  - 6.2.2. Az utolsó biztosítási időszak a megelőző biztosítási időszak utolsó napját követő napon kezdődik és annak a napnak a 24. órájáig tart, amely napon a Biztosító kockázatviselése megszűnt.

#### 7. § A Biztosítók kockázatviselésének kezdete, tartama

- 7.1. A csoportos biztosítási szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, amelyet a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor ad meg.
- 7.2. A Biztosítók kockázatviselése a Biztosított kölcsönszerződésének tartamán belül arra az időszakra terjed ki, amely alatt a Biztosítottnak a kölcsönszerződés alapján tartozása áll fenn a Bank felé.
- 7.3. **A Biztosítók kockázatviselésének kezdete (i) 15 millió Ft-ot el nem érő tartozás / szerződött kölcsönösszeg, illetőleg (ii) 15 millió Ft vagy azt meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt B szolgálati csomag esetén:**
  - 7.3.1. **a kölcsönösszeg folyósítását megelőzően tett írásbeli csatlakozási nyilatkozat esetében a kölcsönösszeg folyósításának napján 0 óra**
  - 7.3.2. **a kölcsönösszeg folyósítását követően a Banknál személyesen tett utólagos írásbeli csatlakozás esetén a csatlakozási nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra,**
  - 7.3.3. **a kölcsönszerződés aláírását követően tett utólagos szóbeli csatlakozás esetében (utólagos szóbeli csatlakozás csak 15 millió Ft-ot el nem érő fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén lehetséges) a Bank vagy megbízottja részére telefonon tett - és rögzített - szóbeli csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontját követő naptári nap 0 óra.**
- 7.4. **15 millió Ft vagy azt meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgálati csomag esetén a Biztosítók kizárólag akkor viselik a kockázatot, ha az egészségi kockázat-elbírálás (ld. még a 3.1.7-0. pontokat) alapján a Biztosított csatlakozását elfogadják. Ebben az esetben a kockázatviselés azon a napon 0 órától kezdődik, amelyet a Biztosítók a Biztosítottnak küldött, a kockázat elbírálás eredményéről szóló írásbeli tájékoztatásban megjelölnek (ld. még a 3.1.9. pontot). Ez az időpont nem lehet későbbi, mint a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 60. naptári nap.**
- 7.5. Ha a biztosítás tartama során a Biztosított az (i) A szolgálati csomagról B vagy C szolgálati csomagra, vagy (ii) C szolgálati csomagról A vagy B szolgálati csomagra vált (a csomagváltásra vonatkozó részletes szabályokat ld. a 13.3-13.5. pontokban), akkor az új szolgálati csomag alapján fedezett, de a korábbi szolgálati csomag által nem fedezett szolgálati csomag szerinti kockázatok vonatkozásában a kockázatviselés kezdete az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra.
- 7.6. Ha a biztosítás tartama során a Biztosított a haláleseti kockázatot nem tartalmazó B szolgálati csomagról haláleseti kockázatot is tartalmazó A vagy C szolgálati csomagra vált (a csomagváltásra vonatkozó részletes szabályokat ld. a 13.3-13.7. pontokban), akkor a kockázatviselés kezdete az új kockázatok vonatkozásában

7.6.1. 15 millió Ft-ot el nem érő fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra,

7.6.2. 15 millió Ft vagy azt meghaladó tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén - ha a Biztosítók a csomagváltást elfogadják - a Biztosítók által a Biztosított(ak)kal írásban közölt kockázat-elbírálási döntést (ld. még a 3.1.9. pontban) követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra.

#### 8. § A Biztosítók kockázatviselésének megszűnése

- 8.1. **Mindeket biztosító kockázatviselése megszűnik:**
  - 8.1.1. a Biztosított kölcsönszerződésének bármely ok miatti megszűnése esetén az utolsó havi törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órakor,
  - 8.1.2. **annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órakor, amely évben a Biztosított a 70. életévét betöltötte,**
  - 8.1.3. a Biztosított halálával,
  - 8.1.4. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. 9.1 pont) 24 órakor,
  - 8.1.5. a Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása esetén (ld. 9.2 pont) a felmondás beérkezésének időpontjától függően (ld. a 9.2.2. pontban) vagy a beérkezéskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órakor,
  - 8.1.6. **az esetlegesen meg nem fizetett áthárított biztosítási díj esedékességétől számított 90. napon 24 órakor, ha az áthárított biztosítási díjat a Bank az általa küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 nap elteltével nem tudta a Törlesztő Számláról beszélni és emiatt a Bank, mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül (ld. még a 10.15-10.16. pontokat),**
  - 8.1.7. **a csoportos biztosítási szerződésnek a Biztosítók általi rendkívüli felmondása esetén (ld. 9.5.1. pont) a felmondási idő lejártakor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor,**
  - 8.1.8. **a csoportos biztosítási szerződésnek a Bank vagy a Biztosítók általi azonnali hatályú felmondása esetén (ld. a 9.5.2. pontot) a felmondás átvételének napján 24 órakor biztosított személyekre vonatkozóan a Bank által utólagra megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 10.5. pontban) utolsó napján 24 órakor.**
- 8.2. Kettő Biztosított esetén a Biztosítók kockázatviselésének az egyik Biztosított vonatkozásában történő megszűnése a másik Biztosítottra nem hat ki.

#### 9. § Felmondás

- 9.1. **A Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása**
  - 9.1.1. Biztosított a rá kiterjesztett kockázatviselést az írásbeli visszaigazolás (ld. még a 3.1.3. pontban) kézhezvételétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül a Bankhoz intézett, a 9.3. pont szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozat megküldése útján azonnali hatályú felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a Bankhoz történő beérkezés napján 24 órakor, de legkésőbb az elküldést követő 4. munkanapon 24 órakor lép hatályba.
  - 9.1.2. Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítennek tekinteni, ha a Biztosított az azonnali hatályú felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napos határidőn belül postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosítotti jogviszony rendes felmondásának minősül.
- 9.2. **A Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása**
  - 9.2.1. A Biztosított jogosult a biztosítotti jogviszonyát a Bankhoz intézett, a 9.3. pont szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal felmondani.
  - 9.2.2. Ha a rendes felmondás a következő törlesztő részlet esedékessége előtti 15. naptári napig beérkezik a Bankhoz, úgy a biztosítás a felmondás beérkezésekor folyamatban lévő biztosítási időszak végén megszűnik. Ha a rendes felmondás a következő törlesztő részlet esedékessége előtti 15. naptári napon belül érkezik be a Bankhoz, úgy a biztosítás a felmondás beérkezésekor folyamatban lévő biztosítási időszakot követő biztosítási időszak végén 24 órakor lép hatályba.
- 9.3. Ha a Biztosított a 9.1. pont szerinti azonnali hatályú felmondást vagy a 9.2. pont szerinti rendes felmondást nem a Bank által rendszeresített formanyomtatványon teszi, akkor a felmondó nyilatkozatban – a feldolgozhatóság érdekében – legalább a következő adatokat kell szerepeltetni: **(1)** Biztosított neve, **(2)** Biztosított születési dátuma, **(3)** anyja neve, **(4)** személyazonosító okmány száma, **(5)** jelzőlogkölcön-szerződés száma (cenzúraszám).
- 9.4. Kettő Biztosított esetén a biztosítotti jogviszony bármelyikük általi megszüntetése a másik Biztosított biztosítotti jogviszonyára nem hat ki.
- 9.5. **A csoportos biztosítási szerződés felmondása**
  - 9.5.1. A Biztosítók akkor jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **90 napos** felmondási idővel **rendkívüli felmondással** felmondani, ha a biztosítási díjtétel(ek) módosítása válik szükségessé és arról a Bank és a Biztosítók nem tudnak megállapodni.
  - 9.5.2. **Mind a Bank, mind a Biztosítók** jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **azonnali hatályú** felmondani, ha a másik fél a csoportos biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségeit nem, vagy nem szerződésszerűen teljesíti. E javául 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. A Biztosítók akkor is jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **azonnali hatályú** felmondani, ha a Bank a Biztosító által kiszámlázott díjat a számla Bankhoz történő beérkezésétől számított 90 napon belül nem fizette meg.
  - 9.5.3. A 9.5.2. pont szerinti azonnali hatályú felmondás esetét kivéve a **csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről a Bank legalább 60 nappal a megszűnés hatályba lépése előtt tájékoztatja a Biztosítottakat.**

#### 10. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

##### A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

- 10.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosítók kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítóknak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezéseitől függően.
- 10.2. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Bank - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján – áthárítja a Biztosítottra (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 10.11-10.18. pontokban).
- 10.3. A biztosítás havi díjfizetésű. A Bank minden Biztosított esetében egy teljes havi díjat köteles megfizetni, akkor is, ha a 6.2. pontban felsorolt esetekben az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási időszak tartama ténylegesen hosszabb vagy rövidebb, mint egy hónap.

- 10.4. A Biztosított csatlakozását követően a biztosítási díj első alkalommal a kockázatviselés kezdetét követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi időpontjában esedékes.
- 10.5. A Bank által az egyes Biztosítottakra vonatkozóan fizetendő havi biztosítási díjak az adott törlesztőrészlet esedékességével lezárult, már eltelt biztosítási időszakra vonatkoznak.
- 10.6. Az adott Biztosítottra vonatkozóan fizetendő díj összege megegyezik a havi törlesztőrészlet, mint díjszámítási alap és az adott Biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag szerinti díjtétel szorzatával. Az alkalmazandó díjtétel (szorzót) a vonatkozó csoportos biztosítási szerződés és annak alapján a biztosítási termékátjékoztató rögzíti.
- 10.7. A biztosítási díjtétel a választott szolgáltatáscsomagtól és a biztosításba bevont Biztosítottak számától függően különböző. Adóstarsak biztosítása esetén, ha valamelyik társbiztosítottra vonatkozóan a 8.1. pontban felsorolt okok valamelyike miatt megszűnik a kockázatviselés, a megszűnés által nem érintett Biztosítottokra vonatkozóan a továbbiakban a Bank az egy Biztosítottra vonatkozó díjtétel alkalmazásával kiszámított biztosítási díjat köteles megfizetni.
- 10.8. Ha a Biztosított a törlesztőrészlet fizetésének vonatkozásában a Bankkal halasztásban állapodott meg, úgy a Bank a halasztás időtartama alatt a legutolsó - a kölcsönszerződés devizanemében meghatározott - biztosítási díjjal egyező összegű díjat köteles havonta megfizetni a Biztosító részére.
- 10.9. A Bank díjfizetési kötelezettsége - az alábbi 10.10. pontban szereplő kivétellel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.
- 10.10. A biztosítotti jogviszonynak a 9.1.2. pont szerinti határidőn belül történt azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnésig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozóan a Bank által esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Banknak.
- A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések
- 10.11. A Bank az adott Biztosítottra vonatkozóan a fenti 10.3-10.10. pontok szerint általa megfizetett biztosítási díj összegét áthárítja a Törlesztő Számla tulajdonosára.
- 10.12. Az áthárított biztosítási díj a havi törlesztőrészlettel együtt esedékes, azt a Bank a havi törlesztőrészlettel elkülönítve (külön terhelésként), de azzal egyidejűleg szedi be a Törlesztő Számláról a saját részére.
- 10.13. Ha a Biztosítók kockázatviselése megszűnik, de a kölcsönszerződés fennmarad, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Bank a Biztosítók kockázatviselésének megszűnését követő legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékességekor szedi be.
- 10.14. Ha a Biztosítók kockázatviselése a kölcsönszerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely nem esik egybe az utolsó törlesztőrészlet esedékességével (pl. a kölcsönszerződés felmondása, a Biztosított halála), akkor, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Bank a kölcsönszerződés lezárásakor számolja fel.
- 10.15. A Bank részére a kölcsönszerződés kapcsán megfizetett összegekből az áthárított biztosítási díj a havi törlesztőrészletre képest elsőbbséget élvez. Ha a Bank részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díj egészét nem (sem) fedezi, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.
- 10.16. A Bank a sikertelen beszedést követően először szóban, ennek sikertelensége esetén írásban is felszólítja a Biztosítottat, vagy a Törlesztő Számla tulajdonosát az elmaradt összeg megfizetésére, melyben figyelmezteti ő(ke)t arra, hogy amennyiben az elmaradt összeg az eredeti esedékességétől számított 90. napig sem kerül megfizetésre, akkor a Bank mint szerződő tőrl a Biztosítottat a biztosítottak közül és így a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan az elmaradt összeg eredeti esedékességétől számított 90. napon 24 órák megszűnik.
- 10.17. A Bank és a Biztosítók jogosultak a biztosítási díj kiszámításához alkalmazandó díjtétel (szorzó) mértékének a módosításában is megállapodni, melynek nyomán a havi biztosítási díj (és így a Bank által áthárított biztosítási díj) is módosulhat.
- 10.18. Ha a Bank által a Biztosítottra áthárított havi biztosítási díj módosul, a Bank a díjemelés hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban írásban értesíti arról a díjemelés által érintett Biztosítottakat. Ha a Biztosított a változást nem fogadja el, jogosult a biztosítotti jogviszonyát a 9.2. pontban foglaltak szerinti rendes felmondással megszüntetni.

#### 11. § Értékkövetés

A Biztosítók értékkövetését nem alkalmaznak.

#### 12. § Maradékjogok, kötvénykölcsön

A CARDIF Életbiztosító Zrt. által nyújtott életbiztosításnak nincs matematikai díjtaraléka. Ebből következően az életbiztosításhoz maradékjogok nem tartoznak, tehát az nem visszavásárolható és a díjmentes leszállítás sem alkalmazható. Az életbiztosításra kötvénykölcsön nem nyújtható.

#### 13. § A biztosítási esemény, szolgáltatási csomagok, a szolgáltatási csomag módosítása

- 13.1. Az egyes banki termékekhez kapcsolódó biztosítások alapján az alább felsoroltak számitanak biztosítási eseménynek:

<b>A. szolgáltatási csomag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haláleset</li> <li>Balesetből eredő, legalább 50%-os egészségkárosodás</li> </ul>
<b>B. szolgáltatási csomag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keresőképtelenség (60 napon túli betegállomány)</li> <li>Munkanélküliség (60 napot meghaladó állaskeresőként történő nyilvántartása)</li> </ul> <p><b>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keresőképtelenség (60 napon túli betegállomány)</li> <li>Balesetből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelés</li> </ul> <p>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.3. pontja tartalmazza.</p>
<b>C. szolgáltatási csomag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haláleset</li> <li>Balesetből eredő, legalább 50%-os egészségkárosodás</li> <li>Keresőképtelenség (60 napon túli betegállomány)</li> <li>Munkanélküliség (60 napot meghaladó állaskeresőként történő nyilvántartása)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</li> <li>Haláleset</li> <li>Balesetből eredő, legalább 50%-os egészségkárosodás</li> <li>Keresőképtelenség (60 napon túli betegállomány)</li> <li>Balesetből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelés</li> <li>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.3. pontja tartalmazza.</li> </ul>
---

- 13.2. A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó különös feltételek tartalmazzák.
- 13.3. A Biztosított a biztosítás tartama során egy alkalommal jogosult a szolgáltatási csomagot a Banknál személyesen módosítani a Bank által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány megfelelő kitöltésével és aláírásával. Amennyiben egy jelzálogkölcsön szerződéshez kapcsolódóan kettő Biztosított csatlakozott, úgy a rájuk vonatkozó szolgáltatási csomag kizárólag abban az esetben módosítható, ha a Bank által rendelkezésre bocsátott és megfelelően kitöltött formanyomtatványt a Biztosítottak egyidejű jelenlétük alkalmával írják alá a Banknál.
- 13.4. Ha a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozás 15 millió Ft vagy azt meghaladó összeg és a Biztosított a haláleseti kockázatot nem tartalmazó B szolgáltatási csomagra kíván haláleseti kockázatot is tartalmazó A vagy C szolgáltatási csomagra váltani, akkor a csomagváltáshoz az alábbi táblázatban foglalt információ alapján egészségi kockázat-elbírálás szükséges.

leendő Biztosított életkora a csomagváltás időpontjában	fennálló tartozás a csomagváltás időpontjában	
	15.000.000 Ft - 24.999.999 Ft	25.000.000 Ft - 60.000.000 Ft
18-50*	Egészségi Kérdőív	Egészségi Kérdőív
50-65**	Egészségi Kérdőív	Orvosi- és laborvizsgálat

\* a 18. születésnapon 0 órától az 50. születésnapon 24 óráig

\*\* az 50. születésnapot követő napon 0 órától a 65. születésnapon 24 óráig

- 13.5. A fenti 13.4. pont szerinti esetben a Biztosítók az Egészségi Kérdőívben adott válaszok, illetőleg az orvosi vizsgálat eredményei alapján egészségi kockázat-elbírálást végeznek. A Biztosítók jogosultak a csomagváltást az erre vonatkozó formanyomtatvány kitöltésétől számított 60 napon belül indokolás nélkül visszautasítani
- 13.5.1. a kockázat-elbírálás eredménye alapján, valamint
- 13.5.2. orvosi-és labor vizsgálat alapján végzendő kockázat-elbírálás esetén akkor, ha a Biztosított a vizsgálat(ko)kn nem vett részt vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket a csomagváltási nyilatkozat aláírásától számított 45. napig nem kapták meg.
- 13.6. Ha a csomagváltáshoz nem szükséges kockázat-elbírálás (azaz a fenti 13.4. pont szerinti esetek nem állnak fenn), akkor a Biztosítottra az új csomag az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 órától érvényes. Az új csomagnak megfelelő biztosítási díjat a Bank az adott Biztosítottra vonatkozóan az új csomag szerinti kockázatviselés hatályba lépését követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi időpontjától kezdve fizeti meg a 10.3-10.10. pontok szerint a Biztosítók részére. Ugyanezen időponttól kezdve ennek megfelelő mértékű áthárított biztosítási díj fizetendő a Bank részére a 10.11-10.18. pontokban foglaltak szerint.
- 13.7. Ha a csomagváltáshoz a fenti 13.4. pont alapján kockázat-elbírálás szükséges, a Biztosítók írásban tájékoztatják a Biztosítottat a kockázat-elbírálás eredményéről:
- 13.7.1. a csomagváltás elfogadása esetén közlik az új csomag alapján fedezett új kockázatokra vonatkozóan a kockázatviselés kezdetét (a döntést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napján 0 óra), amely időponttól a Biztosított az új csomag vonatkozik és az annak megfelelő biztosítási díj, valamint áthárított biztosítási díj fizetendő,
- 13.7.2. ha a Biztosítók a csomagváltást elutasítják, akkor a Biztosítottra a csomagváltás iránti igény ellenére továbbra is az eredeti szolgáltatási csomag vonatkozik és az annak megfelelő biztosítási díj, valamint áthárított biztosítási díj fizetendő.

#### 14. § A Biztosítók szolgáltatása

##### 14.1. Általános rendelkezések

- 14.1.1. A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor az adott Biztosító az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja:

14.1.1.1. a Biztosított halála esetén a CARDIF Életbiztosító Zrt., a Biztosított balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodása esetén a CARDIF Biztosító Zrt. a vonatkozó különös feltételekben meghatározott feltételekkel megtéríti a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára a biztosítási esemény időpontjában a Bank felé fennálló kölcsöntartozás összegét. A Biztosított fennálló kölcsöntartozása a következők szerint kerül kiszámításra:

Fennálló kölcsöntartozás = OC + I, ahol

OC a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben) érvényes, nem-hátralékos tőketartozás összege, amely megegyezik a folyósított kölcsönösszegnek a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjáig esedékessé vált törlesztőrészletek tőkerészével csökkentett összegével és,

I a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja és az azt megelőző utolsó törlesztőrészlet esedékessége közötti időszakra (K naptári nap) a következőképpen számított kamat:

$I = Im/30 * K$  naptári nap, ahol

Im a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja utáni első esedékes törlesztőrészlet kamattartalma.

- 14.1.1.2. **a Biztosított keresőképtelensége vagy munkanélkülisége esetén** a CARDIF Biztosító Zrt. a vonatkozó különös feltételekben meghatározott feltételekkel és időtartamra megfizeti (1) a Biztosított által a kölcsönszerződés alapján a Bank részére fizetendő törlesztőrészleteket a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, továbbá (2) megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 10.11-10.12. pontjait) összegét.
- 14.1.1.3. **a Biztosított balesetből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelése esetén**, ha a Biztosított a baleset következtében a kórházi felvételtől számított 5. naptári napon fekvőbetegként megszakitás nélkül kórházban tartózkodik, akkor a CARDIF Biztosító Zrt. megfizeti (1) a kórházi felvételt napját megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, valamint (ii) az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 10.11-10.12. pontjait) összegét a Bank részére. Ha a megszakitás nélküli kórházi tartózkodás a kórházi felvételtől számított 31. naptári napon is fennáll, a Biztosító megfizeti (1) a felvételtől számított 31. napot megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét is a hitelszámlára, valamint (ii) az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj összegét a Bank részére. A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 8 havi törlesztőrészlet és ugyanannyi havi áthárított biztosítási díj megfizetésére köteles.

- 14.2. **A CARDIF Biztosító Zrt-re vonatkozó rendelkezések olyan esetben, ha az adott kölcsönszerződés alapján csak egy személy a Biztosított.**

14.2.1. A CARDIF Biztosító Zrt. a biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak egy jogcímen teljesíti. Ha a Biztosítottnak a biztosítási szolgáltatás teljesítésének tartama alatt egy másik jogcímen is szolgáltatási igénye keletkezik, a CARDIF Biztosító Zrt. mindaddig az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult. Ez a rendelkezés nem alkalmazandó a keresőképtelenséget vagy munkanélküliséget követő 50%-ot meghaladó mértékű, balesetből eredő egészségkárosodás jogcímen teljesítendő szolgáltatásra. Ilyen esetben a második biztosítási esemény időpontjától a CARDIF Biztosító Zrt. az 50%-ot meghaladó mértékű, balesetből eredő egészségkárosodás jogcímen nyújtja a biztosítási szolgáltatást.

- 14.3. **További rendelkezések abban az esetben, ha az adott kölcsönszerződés alapján több személy is Biztosított.**

14.3.1. Kettő Biztosított esetén, ha mindkettőjükkel kapcsolatban egyszerre következik be olyan biztosítási esemény, amelynek alapján a biztosítási szolgáltatás a fennálló kölcsöntartozás kifizetése (halál vagy 50%-ot meghaladó mértékű, balesetből eredő egészségkárosodás), akkor a fennálló tartozás kifizetésére csak egy alkalommal kerül sor.

14.3.2. Kettő Biztosított esetén, ha valamelyikükkel kapcsolatban olyan biztosítási esemény (keresőképtelenség vagy munkanélküliség) következett be, melynek alapján a CARDIF Biztosító Zrt. a havi törlesztőrészleteket fizeti meg, majd ezt követően a keresőképtelenség vagy munkanélküliség jogcímen járó szolgáltatás(ok) fizetésének tartama alatt valamelyik Biztosítottal kapcsolatban olyan biztosítási esemény következik be, amelynek alapján az érintett Biztosító a fennálló kölcsöntartozás kifizetésére lenne köteles (halál vagy balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás) és ezen újonnan bekövetkezett biztosítási esemény kapcsán az érintett Biztosító térítési kötelezettsége a vonatkozó biztosítási feltételek alapján egyébként fennáll, akkor a CARDIF Biztosító Zrt. a fennálló kölcsöntartozás megtérítésére alapot adó biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával a keresőképtelenség vagy munkanélküliség jogcímen járó szolgáltatás fizetését befejezi. Ezt követően a fennálló kölcsöntartozás megfizetésére okot adó biztosítási esemény által érintett Biztosító megfizeti a biztosítási esemény napján fennálló kölcsöntartozást a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára.

14.3.3. Ha bármely Biztosítottal kapcsolatban keresőképtelenség vagy munkanélküliség következett be, majd ezt követően a keresőképtelenség vagy munkanélküliség jogcímen járó szolgáltatás(ok) fizetésének tartama alatt a másik Biztosítottal kapcsolatban szintén keresőképtelenség vagy munkanélküliség következik be, akkor a CARDIF Biztosító Zrt. az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít mindaddig, amíg az adott Biztosított ezen a jogcímen szolgáltatásra jogosult. Ezt követően (feltéve, hogy a biztosítási szolgáltatás nyújtásának feltételei egyébként fennállnak) a CARDIF Biztosító Zrt. az utóbb bejelentett biztosítási esemény alapján teljesíti a biztosítási szolgáltatást mindaddig, amíg az utóbb bejelentett biztosítási esemény által érintett Biztosított az adott biztosítási szolgáltatásra jogosult.

#### 15. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosítók teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- 15.1. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy (a továbbiakban: biztosítási szolgáltatást igénylő 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.  
Telefon: (1) 501-2374

- 15.2. **Az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentés és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak.**
- 15.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosítók a következő dokumentumokat kérhetik:
- 15.3.1. a Banktól a Biztosított csatlakozási nyilatkozatát (szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén annak hangfelvételét),
- 15.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
- 15.3.3. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
- 15.3.4. az érintett Biztosító által a 15.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
- 15.3.5. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.
- 15.4. **Az érintett Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az alábbi dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozás megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumokat, diagnosztikus leleteket, háziorvosi-gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.**
- 15.5. Az egyes biztosítási kockázatokra / szolgáltatásokra vonatkozó különös biztosítási feltételek a fentiek túl további dokumentumok benyújtását írhatják elő.
- 15.6. **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.**

#### 16. § A biztosítók mentesülése

- 16.1. **Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó mentesülési okok:**  
A közlési kötelezettség megsértése esetében (ideértve a csatlakozási nyilatkozatban és/vagy az Egészségi Kérdőíven - ha alkalmazandó - adott szándékosan valótlan válaszokat is) az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. A Biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban és/vagy az Egészségi Kérdőíven (ha alkalmazandó) adott szándékosan valótlan válaszai esetén a Biztosítók megtagadhatják a szolgáltatást.
- 16.2. **A 16.1 pontban írt eseten felül a CARDIF Életbiztosító Zrt. mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított**
- 16.2.1. szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye során vagy azzal összefüggésben hal meg,
- 16.2.2. a biztosítás hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.

#### 17. § Kizárások

##### Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó kizárások:

- 17.1. Ha a csatlakozást megelőzően eredetileg deviza alapú kölcsönszerződéssel rendelkező Biztosított a forintosítást megelőzően élt az árfolyamrögzítés lehetőségével és a deviza alapú kölcsönszerződés forintosítását követően a forintosított kölcsönszerződés mellett az árfolyamrögzítésből eredő gyűjtőszámlahitel is fennmaradt, akkor biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a gyűjtőszámlahitel alapján fennálló fizetési kötelezettségeket illetően nem nyújt szolgáltatást.
- 17.2. A Biztosítók kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 17.2.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzemeltetési vagy anélkül vívott háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérelt, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény),
- 17.2.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit az elkövetéskor hatályos Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás), kivéve a bejelentett tüntetéseket,
- 17.2.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
- 17.2.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőri esetekben).
- 17.3. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a Biztosítottal az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:
- 17.3.1. búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
- 17.3.2. hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
- 17.3.3. autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, moto-cross sport, motorcsónak sport, motor-kerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad), vagy ilyen versenyekre való felkészülés,
- 17.3.4. privát-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőléggallonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés), bázisugrás,
- 17.3.5. állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspólió, díjlovaglás, díjugaratás, fogathajtás).



- 17.4. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek a Biztosított hivatásszerű sporttevékenysége közben következtek be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.
- 17.5. 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, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés következménye.
- 17.6. A kockázatviselés kezdetétől számított első 5 évben a Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, krónikus állapottal vagy a veleszületett rendellenességekkel (együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt. A Biztosított esetleges csomagváltása (ld. még a 13.3-13.5. pontokban) esetén az eredeti szolgáltatási csomagban nem szereplő kockázatok tekintetében a jelen kizárás alkalmazása szempontjából az 5 éves tartamot az új kockázatra vonatkozó kockázatviselési kezdő időponttól (ld. a 7.6. pontban) kell számítani.
- 17.7. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosítók kockázatviselésének kezdetekor rokkantsági ellátásban részesül.
- 17.8. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha
- 17.8.1. a Biztosított a baleset idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószert vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott (alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció),
- 17.8.2. a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett,
- 17.8.3. a biztosítási esemény miatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett,
- 17.8.4. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be,
- 17.8.5. a biztosítási esemény összefüggésben áll a biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével,
- 17.8.6. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be,
- 17.8.7. a biztosítási esemény a Biztosított bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán áll be,
- 17.8.8. a Biztosított diagnosztizált betegség esetén az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

#### **A CARDIF Biztosító Zrt. esetében alkalmazandó további kizárások:**

- 17.9. 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 egészen megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
- 17.10. A CARDIF Biztosító Zrt. kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén, vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei (polidiszkopátia) és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.).

#### **18. § A panaszok bejelentése, jogorvoslati fórumok**

- 18.1. A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat az érintett Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbi elérhetőségeken:
- CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleseti szolgáltatás esetén)
  - CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb biztosítási szolgáltatások esetén)
- Cím: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.,  
Tel: 06-1-501-2345, Fax: 06-1-430-2301  
e-mail: [ugyfelszolgalat@cardif.hu](mailto:ugyfelszolgalat@cardif.hu)
- 18.2. A panasz által érintett Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszost 30 napon belül értesíteni.
- 18.3. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja.
- 18.4. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli panasz kezelésével nem ért egyet, az érintett Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolatát példányát (1) a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a panaszosnak átadja, (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén - a panasz közlését követő harminc napon belül megküldendő - indokollással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg megküldi a panaszosnak. A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
- 18.5. A Biztosítók felügyeleti szerve:  
Magyar Nemzeti Bank  
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- 18.6. A Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerint a panasz megoldásának sikertelensége esetén a panaszos az alábbi lehetőségek közül választhat:
- 18.6.1. Jogszabálysértés, így különösen a [fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése](#) esetén a panaszos a Magyar Nemzeti Banknál [fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet](#).

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

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosító honlapján ([www.bnpparibascardif.hu](http://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/penzugyi-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 vélelmez.**

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

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

18.6.2.1. bírósághoz fordulhat, vagy

18.6.2.2. a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT) (Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. Levélcíme: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., Ügyfélszolgálat címe: 1013. Budapest, Krisztina krt. 39., Telefon: (36-80) 203-776, E-mail: [ugyfelszolgalat@mnb.hu](mailto: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 Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és annak során a jogvitát nem sikerült megoldani.**

A PBT eljárásának kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosító honlapján ([www.bnpparibascardif.hu](http://www.bnpparibascardif.hu)) a „panaszkezelés menüpont alatt, valamint a Biztosító ügyfélszolgálatán (elérhetőségét ld. a 18.1. pontban), továbbá ugyanitt a formanyomtatvány térítésmentes megküldése is igényelhető
- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz/>), valamint a PBT aloldalon (<http://www.mnb.hu/bekeltetes/kerelem-es-egyeb-nyomtatványok/kerelem-nyomtatvány/>)

#### **19. § Egyéb rendelkezések**

- 19.1. A Biztosítók a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli csatlakozási nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon bejelentett panaszokat) csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.
- 19.2. **A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 2 év elteltével elévülnek.**
- 19.3. 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 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 hozzájutottak.
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 kiszolgáltatható 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 feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal szemben;
  - az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel 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 főhitelzővel, Családi Csődvédelmi Szolgálatnál, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal szemben;
  - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel szemben;
  - az adóhatósággal szemben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztattéll kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
  - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal szemben;
  - a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben;
  - a feladatkörében eljáró gámhatósággal 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 viszontbiztosítással, a BNP Paribas csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázattalállító biztosítókkal szemben,
  - az állományátruházás 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](http://www.bnpparibascardif.hu) oldalon tekinthető meg.
  - a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval szemben,
  - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben;
  - a feladatkörében 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 kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
  - a Btk. szerinti kábítószer-kereskedéssel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
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 adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban 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 adatainak nem minősülő adatok átadása,
11. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét, ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormányának és az Amerikai Egyesült Államok Kormányának közötti 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/B. §-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 átadását a Biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
14. A Biztosítók, valamint tulajdonosaik, 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 titok köteles időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személynek nem adhatja át.
15. A Biztosítók kötelezettséget vállalnak arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, 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 vonatkozik:
- 17.1. baleseti-, betegség- vagy életbiztosítási kockázatok (pl. keresékképességi, rokkantsági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai;
  - a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételkor, 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 vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok;
  - a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyakat, 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 megkeresésről, 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 azonosságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható. A Biztosítókkal közötti 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 titkaikat 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 Biztosítotttól, 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;
  - adókijátszás 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.

#### 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 költségvetéssel 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 ajánlítható számukra a Biztosítók termékeiből.

#### b. 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 biztosítási adatainak összekapcsolása a már meglévő adatokkal;
- nyereséjüket, sorsolásos és reklámkampányok szervezése.

31. A Biztosítók adott esetben továbbítják a Biztosítottak anonimált 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 közzé, és a Biztosítottak kiléte sem lesz megállapítható azon vállalatok által, akik ezeket az anonimált 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 meghiúsulásával 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.
- 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 bocsátott személyes adatokat visszaküldesse, vagy – amennyiben technikailag megoldható – kérje a Biztosítótól a személyes adatok harmadik személyhez történő továbbítását.

34. A felügyeleti hatóságnál történő panasztételhez való jog

- 34.1. A Biztosított jogosult arra, hogy panaszt tegyen a felügyeleti hatóságnál – különösen a szokásos tartózkodási helye, a munkahelye vagy a feltételezett jogsértés 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](mailto:ugyfelszolgalat@naih.hu)

35. A felügyeleti hatósággal szembeni hatékony bírósági jogorvoslatról 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 jogorvoslatról 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](http://www.bnpparibascardif.hu)) érhetnek el a Biztosítottak. Az „Adatvédelmi tájékoztató” tartalmazza a személyes adatok kezelésével kapcsolatos mindazon információkat, amelyeket a Biztosítóknak mint adatkezelőknek biztosítaniuk 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](mailto: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 rendszeresített [group\\_assurance\\_data\\_protection\\_office@bnpparibas.com](mailto: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) skennelje 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 ellenőrizzék, 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 bűnügyi 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 adataikat.

## Különös biztosítási feltételek Életbiztosítási kockázat

Jelen kockázatvizelés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha az A vagy C szolgáltatási csomagot választotta.

A **CARDIF Életbiztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

### 1. § A biztosítási esemény

E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatvizelés időszakán belül bármely - ki nem zárt - okból bekövetkezett halála.

### 2. § Területi hatály

A biztosítás valamennyi országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed.

### 3. § A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító a jelen feltételekben meghatározott feltételekkel megérti a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára a Biztosítottnak a biztosítási esemény időpontjában fennálló kölcsöntartozását.
- 3.2. A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

### 4. § A biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához – az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:
- 4.1.1. halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,  
4.1.2. boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolata.

## Különös Biztosítási Feltételek

### Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás kockázat

**Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha az A vagy C szolgáltatási csomagot választotta.**

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

#### 1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetéből eredő olyan testi fogyatkozása, melynek következtében
  - 1.1.1. egyéb októl függetlenül a Biztosított 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását (rokkantságát) állapítja meg jogerős határozatában a magyar szakigazgatási szerv, vagy
  - 1.1.2. ha a Biztosított rendszeres pénzellátásban (pl. nyugdíj) részesül és emiatt a fenti 1.1.1. pont szerinti esemény bekövetkezése nem lehetséges, az alábbi 4.2. pontban szereplő rokkantsági tábla alkalmazásával a Biztosított 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását állapítja meg a Biztosító orvosa.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja (1) a fenti 1.1.1. pont szerinti esetben az a nap, amelyen a szakigazgatási szerv a legalább 50%-os egészségkárosodás miatti rokkantságot megállapító jogerős határozatát meghozta, (2) a fenti 1.1.2. pont szerinti esetben a baleset napja.

#### 2. § Területi hatály

A biztosítás a Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azzal, hogy a Biztosított rokkantságát okozó baleset a világ bármely országában bekövetkezhet.

#### 3. § A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megtéríti a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára a Biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. 1.2. pont) fennálló kölcsöntartozását.
- 3.2. A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.

#### 4. A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
  - 4.1.1. az egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatósági állásfoglalás / szakvélemény másolata,
  - 4.1.2. a rokkantságot és a rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozatot,
  - 4.1.3. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok, és egyéb orvosi indokolások dokumentációinak hiteles másolatait.
- 4.2. Ha a fenti 1.1.1. pont szerinti biztosítási esemény esetében a Biztosított egészségkárosodását az erre feljogosított szakigazgatási szerv szakhatósági állásfoglalása/szakvéleménye nem csupán az elszenvedett 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 elszenvedett balesetből eredő mértékét az erre feljogosított szakigazgatási szerv által megállapított szakhatósági állásfoglalásban/szakvéleményben megállapított mértéktől eltérő mértékben állapítsa meg. Ilyen esetben, valamint a fenti 1.1.2. pont szerinti biztosítási esemény esetében a biztosító orvosa a balesetből eredő egészségkárosodás mértékét az alábbiakban megállapított %-os mértékek alapul vételével határozza meg:

Egy kar vállizülettől 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 kezűj 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 szaglóérék teljes elvesztése	10%
Az izlelőképesség teljes elvesztése	5%

- 4.3. Ha a balesetből eredő egészségkárosodás mértéke a 4.2 pontban szereplő táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a biztosító orvosa aszerint állapítja meg, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség a baleset következtében orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

#### 5. § Kizárások

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

#### 6. § Fogalom meghatározások

Jelen feltételek szempontjából **baleset**nek 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.

## Különös Biztosítási Feltételek

### Keresőképtelenségi kockázat

**Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha a B vagy C szolgáltatási csomagot választotta.**

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

#### 1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségéből vagy balesetből eredő, 60 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 61. napja.
- 1.3. E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.

#### 2. § Területi hatály

Az 1.1. pontban meghatározott biztosítási eseménynek Magyarország területén kell bekövetkeznie. A Biztosított keresőképtelenségét okozó baleset vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet.

#### 3. § A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a 4.2-4.3. pontokban foglaltak szerint megfizeti (1) a biztosítási esemény bekövetkezésének napján vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészt (meghatározását ld. a 6.4. pontban) a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, továbbá (2) megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 10.11-10.12. pontjait) összegét.
- 3.2. A Biztosító a 3.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a keresőképtelenség megszűnéséig, vagy (ii) a kölcsönszerződés megszűnésének időpontjáig, (iii) de legfeljebb 8 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.
- 3.3. Ha a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül a Biztosított a korábbi biztosítási eseményt kiváló ok miatt újabb keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti és a keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat.
- 3.4. A biztosítási tartama alatt összesen kifizetett 32 hónap szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

#### 4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
  - 4.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
  - 4.1.2. a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését vagy BNO kódját,
  - 4.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát.
- 4.2. Első szolgáltatásként a Biztosító a keresőképtelenség 61. napján vagy azt követően esedékessé váló törlesztőrészletet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díjat) fizeti meg abban az esetben, ha a Biztosított benyújtotta a fenti 4.1.1-4.1.3. pontokban felsorolt, valamint a Biztosító által esetlegesen bekért, az Általános Biztosítási Feltételek 15.4. pontjában felsorolt dokumentumokat és igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 4.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség 61. napján vagy azt követően állítottak ki. Az első szolgáltatás az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.
- 4.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha erre a biztosított továbbra is jogosult) a 4.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.
- 4.4. Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a keresőképtelenségének további fennállását a 4.3. pont szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőlegesen hatálytalanná teszi a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

#### 5. § Kizárások

- 5.1. A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
  - 5.1.1. aszténiával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,

- 5.1.2. nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma), pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.3. detoxikálással, alvászterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.4. geriatríai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.5. rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.6. gyógy pedagógiával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.7. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, gyógykúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.8. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.9. anyaggal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:
- 5.1.9.1. terhesség és szülés miatti keresőképtelenség,
- 5.1.9.2. gyermekápolási táppénz,
- 5.1.9.3. 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),
- 5.1.10. olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,
- 5.1.11. olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,
- 5.1.12. a keresőképtelenség időtartama alatt történt csatlakozás esetén arra a keresőképtelenségre, amelynek tartama alatt a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatot tette,
- 5.1.13. a kölcsönszerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.
- 5.2. Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét, vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménynek és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.
- 5.3. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.

#### 6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. 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.
- 6.2. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 6.3. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen** az, aki betegségére miatt munkáját nem tudja ellátni, aki fekvőbeteg-gyógyintézetű ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül, illetve az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okokból hatóságilag elköltöztetnek, továbbá aki járványügyi-, illetőleg állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.
- 6.4. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres – a Bank által kimutatott – havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamattellegül jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.

## Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha a B vagy C szolgáltatási csomagot választotta.

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

#### 1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett, 60 egymást követő napot meghaladó álláskeresőként (munkanélkülüként) történő nyilvántartása.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként (munkanélkülüként) nyilvántartott állapotának a 61. napja.
- 1.3. 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 ok miatti álláskeresővé (munkanélkülüként) válása minősül biztosítási eseménynek.

#### 2. § Területi hatály

Az 1.1. pontban meghatározott biztosítási eseménynek Magyarország területén kell bekövetkeznie.

#### 3. § A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az 5.2-5.3. pontok szerint megfizeti (1) a biztosítási esemény bekövetkezésének napján vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészleteket (meghatározását ld. a 7.2 pontban) a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, továbbá (2) megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 10.11-10.12. pontjait) összegét..

- 3.2. A Biztosító az 1.1. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén is csak abban az esetben köteles szolgáltatást nyújtani, ha a Biztosított az álláskeresőként történő nyilvántartásba vételét megelőző legutóbbi munkaviszonyának megszűnését megelőző 12 hónap során folyamatos, a 7.3. pont szerinti munkaviszonnal rendelkezett.
- 3.3. A Biztosító a 3.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a Biztosított álláskeresőként (munkanélkülüként) nyilvántartása megszűnésének időpontját, vagy (ii) a kölcsönszerződés megszűnésének időpontját, (iii) de - egy biztosítási esemény kapcsán - legfeljebb 8 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be hamarabb.
- 3.4. Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 8 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosított a Biztosító szolgáltatásának megszűnését követően ismételtelen a 7.3 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételtelen munkanélkülivé vált, továbbá (2) a 8. havi szolgáltatás kifizetése és az újbóli munkanélkülivé válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
- 3.5. A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 32 hónap szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

#### 4. § Várakozási idő

Álláskeresővé (munkanélkülüként) válás esetére a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napos várakozási időt határoz meg. Ha (i) a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozatot a várakozási idő alatt kelt, vagy (ii) a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító a bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülüként) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

Ha a Biztosított a munkanélküliségi kockázat a Biztosított csomagváltása (ld. még az Általános Biztosítási Feltételek 13.3-13.5. pontjaiban) folytán terjed ki, akkor a várakozási időt a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó kockázatviselési kezdő időponttól (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 7.6. pontjában) kell számítani.

#### 5. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 5.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
- 5.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresősi járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- 5.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár - a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
- 5.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
- 5.1.4. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozatot (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát,
- 5.1.5. a megszűnt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- 5.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső,
- 5.1.7. az álláskeresősi járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
- 5.1.8. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkező iratokat, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.
- 5.2. Első szolgáltatásként a Biztosító a megszakítás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 61. napján vagy azt követően esedékessé váló törlesztőrészletet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díjat) fizeti meg abban az esetben, ha a Biztosított benyújtotta a fenti 5.1.1-5.1.8. pontokban felsorolt dokumentumokat és igazolta, hogy több mint 60 napja megszakítás nélkül álláskeresőként tartja nyilván a munkaügyi központ vagy kirendeltség. A teljesítéshez az 5.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a megszakítás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 61. napján vagy azt követően állítottak ki. Az első szolgáltatás az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.
- 5.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha erre a biztosított továbbra is jogosult) az 5.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.
- 5.4. Ha a Biztosított az 5.3 pont szerintieket nem igazolja, a Biztosító a kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

#### 6. § Kizárások

- 6.1. A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
- 6.1.1. a határozott tartamú munkaviszonyra, valamint a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
- 6.1.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően (i) nem állt a 7.3 pont szerinti munkaviszonyban, vagy (ii) a 7.3 pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során a munkavégzése - a táppénz, illetve a munkáltató érdekkörében felmerült ok kivételével - szünetelt,
- 6.1.3. 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,
- 6.1.4. a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszűnésére, kivéve, ha a benyújtott dokumentumok alapján megállapítható, hogy a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszüntetését nem a munkavállaló kezdeményezte,
- 6.1.5. a munkaviszonyának a Biztosított által kezdeményezett felmondás miatti megszűnésére,
- 6.1.6. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,

- 6.1.7. a munkaviszonynak a munkáltató által azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
- 6.1.8. a munkáltató általi felmondásra öregségi vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
- 6.1.9. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a kockázatviselés kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette.
- 6.2. A 6.1.2 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 7.3 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.
- 6.3. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjáig a Biztosított vagy a munkáltatója felmondást vagy azonnali hatályú felmondást, közös megegyezéssel történő munkaviszony megszüntetést kezdeményezett.
- 7. § Fogalom meghatározások**
- 7.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, aki a vonatkozó jogszabályok alapján (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.
- 7.2. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres – a Bank által kimutatott – havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamattjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.
- 7.3. **Munkaviszony:** legalább heti 30 órás, határozatlan tartamú, (i) a Munka Törvénykönyvéről szóló törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) kormányzati szolgálati jogviszony (v), bírósági és igazságügyi- illetve ügyészségi szolgálati viszony, (vi) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.
- 7.4. **Folyamatos munkaviszony:** a Biztosító folyamatos munkaviszonynak tekintti, ha a Biztosított kettő munkaviszonya között 15 naptári napnál kevesebb idő telik el.

## Különös Biztosítási Feltételek

### **Balesetből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat**

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben vonatkozik a Biztosítottra, ha (1) a B vagy C szolgáltatási csomagot választotta és (2) nem áll a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 7.3. pontja szerinti munkaviszonyban.

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

#### 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, az önrészesedés tartamát (5 naptári nap) meghaladó folyamatos kezelése.

#### 2. § Területi hatály

A biztosítás a Magyarország területén bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azzal, hogy a Biztosított kórházi kezelését szükségessé tevő baleset a világ bármely országában bekövetkezhet.

#### 3. A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. Ha a Biztosított az alábbi 6.3. pontban meghatározott egyes Jogosultsági Időpontokban a baleset következtében fekvőbetegként megszakítás nélkül kórházban tartózkodik (a továbbiakban: kórházi tartózkodás), akkor a Biztosító megfizeti (1) az adott Jogosultsági Időpontot megelőzően esedékessé vált legutóbbi havi törlesztőrészlet (meghatározását ld. a 6.2. pontban) összegét a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, valamint (2) az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 10.11-10.12. pontjait) összegét a Bank részére.
- 3.2. **A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa**  
A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2 havi, a biztosítás tartama alatt összesen legfeljebb 8 havi törlesztőrészlet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díj) megfizetését vállalja.

#### 4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosított köteles – az Általános Biztosítási Feltételek 15.§-ában felsoroltak mellett - a Biztosító részére benyújtani a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolásokat.
- 4.2. **A Biztosító teljesítése az elbírálláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**

#### 5. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki az alábbiakban felsorolt (akár köz-, akár magánintézményben, kórházban vagy klinikán folytatott) kórházi kezelésekre: kúra, pihenés, rehabilitáció, lábadozás, visszaszoktatás, újraképzés, nem baleseti eredetű 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 szerződés 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. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres – a Bank által kimutatott – havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamattjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.
- 6.3. **Jogosultsági Időpont:** első alkalommal a kórházi felvétel napját követő 5. naptári nap, ezt követően – ha a kórházi tartózkodás megszakítás nélkül továbbra is fennáll - a 31. naptári nap.
- 6.4. **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) elmekóros állapotú- és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetek, (6) geriatríai, „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 részesül.