

Biztosítási terméktájékoztató

a Budapest Bank Zrt. gépjárműhitel- és lízingszerződéseivel kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításhoz (a csoportos hitelfedezeti biztosításhoz 2021. február 28. után csatlakozott ügyfelek vonatkozásában érvényes.)

Jelen terméktájékoztató a Budapest Bank Zrt. gépjárműhitel- vagy lízingszerződéseivel 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 jelen terméktájékoztató és az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) és/vagy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek (KBF) között fennálló esetleges ellentmondás esetén az ÁBF és a vonatkozó KBF rendelkezései irányadók.

A csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek megismerése céljából kérjük, olvassa el a mellékelt Általános és Különös Biztosítási Feltételeket.

FIGYELEM! KIFEJEZETLEN FELHÍVJUK A FIGYELMET A JELEN ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ VASTAGON KIEMELT SZAKASZAIRA!

Felhívjuk figyelmét, hogy a csoportos hitelfedezeti biztosítás nem automatikus, hanem választható, ezért hatálya Önre, mint biztosítottra csak abban az esetben terjed ki, ha ezen szolgáltatást igényelte!

Bank:	Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank) (székhely: 1138 Budapest, Váci út 193., cégjegyzékszám: 01-10-041037, felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank). A Bank a Biztosítottaknak a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosító(k) függő biztosításközvetítőjeként jár el. Ezzel kapcsolatban részletes tájékoztatót a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban talál. A Biztosításközvetítői Tájékoztató megtalálható a Bank honlapján is.		
Biztosítók:	BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. Székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57. Cégjegyzékszám: 01-10-044718	BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. Székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57. Cégjegyzékszám: 01-10-044717	
Biztosított:	Olyan, a Bankkal 15 millió Ft-os fennálló tartozást meg nem haladó gépjárműhitel- vagy lízingszerződéses (a továbbiakban együttesen: finanszírozási szerződés) jogviszonyban álló természetes személy aki (1) a Biztosító(k) kockázatviselésének kezdetekor (i) már betöltötte a 18. életévét, de még nem töltötte be a 65. életévét, (ii) nem öregségi nyugdíjas, (iii) nem részesül rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban, (2) Biztosított Nyilatkozat megtételével csatlakozott a csoportos biztosítási szerződéshez, és (3) akit erre való tekintettel a Bank biztosítottként a Biztosító(k)nak lejelent.		
Biztosítási csomagok, biztosítási események:		munkaviszonyban* álló biztosított	munkaviszonyban* nem álló biztosított
		* a munkaviszony meghatározását ld. a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 6.2. pontjában	
	„A” biztosítási csomag:	<ul style="list-style-type: none"> Haláleset Rokkantság (balesetből vagy betegségből eredő, legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás) 	<ul style="list-style-type: none"> Tartós betegállomány (30 napon túli keresőképtelenség), 3 napot meghaladó kórházi kezelés
	„B” biztosítási csomag	<ul style="list-style-type: none"> Tartós betegállomány (30 napon túli keresőképtelenség), Munkanélküliség (30 napon túl nyilvántartott munkanélküli állapot) 	<ul style="list-style-type: none"> Haláleset Rokkantság (legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás), Tartós betegállomány (30 napon túli keresőképtelenség), 3 napot meghaladó kórházi kezelés
	„C” biztosítási csomag	<ul style="list-style-type: none"> Haláleset Rokkantság (legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás), Tartós betegállomány (30 napon túli keresőképtelenség), Munkanélküliség (30 napon túl nyilvántartott munkanélküli állapot) 	<ul style="list-style-type: none"> Haláleset Rokkantság (legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás), Tartós betegállomány (30 napon túli keresőképtelenség), 3 napot meghaladó kórházi kezelés
Biztosítási szolgáltatás:	Halál vagy rokkantság (legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás) esetén (kizárólag „A” vagy „C” biztosítási csomag esetében): A Biztosító a biztosítási esemény időpontjában (a halál időpontjában vagy a rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozat meghozatalának napján) <i>fennálló tartozást</i> fizeti ki a Biztosított finanszírozási szerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.		

	<p>Figyelem! Nyílt végű pénzügyi lízing esetén a maradványérték a Biztosító szolgáltatása szempontjából nem minősül a fennálló tartozás részének, a Biztosító a maradványértéket nem téríti meg.</p> <p>Tartós betegállomány, illetve munkanélküliség esetén (kizárólag „B” vagy „C” biztosítási csomag esetében): A Biztosító a keresőképtelenség, illetve a regisztrált munkanélküliség 31. napját követően esedékessé váló havi törlesztőrészleteket / lízingdíjakat (nyílt végű pénzügyi lízing esetén a felszámított ÁFA nélküli lízingdíjakat), de törlesztőrészletenként / lízingdíjanként legfeljebb 250 ezer Ft-ot fizet meg a finanszírozási szerződéshez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára azt követően, hogy a Biztosított igazolta, hogy az adott törlesztőrészlet / lízingdíj esedékességének időpontjában még keresőképtelen vagy nyilvántartott álláskereső volt.</p> <p>Figyelem! Nyílt végű pénzügyi lízing esetén a Biztosító nem téríti meg a lízingdíj után fizetendő ÁFA összegét.</p> <p>Az adott biztosítási esemény kapcsán a Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsorolt időpontok közül a leghamarabb következik be: (1) a keresőképtelenség, illetve a regisztrált munkanélküli állapot megszűnéséig, vagy (2) ha a Biztosított a biztosított jogviszonyát felmondja, a kockázatviselés megszűnéséig, de (3) legfeljebb 6 havi szolgáltatás kifizetéséig.</p> <p>3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén a Biztosító napi 10 000 Ft-ot fizet a Biztosított részére a kórházi tartózkodás időtartamára, annak 4. napjától kezdődően, legfeljebb 30 napon keresztül.</p>					
<p>A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:</p>	<p>Várakozási idő:</p>	<p>(munkanélküliségi szolgáltatás esetén): A kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 nap. Ha (1) a Biztosított munkaviszonya a várakozási idő alatt szűnt meg, vagy (2) a munkáltató a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli nyilatkozatát a várakozási idő alatt közölte, a Biztosító az ilyen munkanélküliség vonatkozásában sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.</p>				
	<p>Szolgáltatási maximum:</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="502 1061 762 1209"> <p>egy biztosítási esemény kapcsán</p> </td> <td data-bbox="762 1061 1560 1209"> <p>keresőképtelenség, munkanélküliség legfeljebb 6 havi szolgáltatás 3 napot meghaladó kórházi kezelés legfeljebb 30 napi szolgáltatás</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="502 1209 762 1357"> <p>a biztosítás tartama során összesen</p> </td> <td data-bbox="762 1209 1560 1357"> <p>keresőképtelenség, munkanélküliség legfeljebb 12 havi szolgáltatás 3 napot meghaladó kórházi kezelés legfeljebb 120 napi szolgáltatás</p> </td> </tr> </table> <p>A Biztosítók egy Biztosítottra vonatkozó fizetési kötelezettségének felső határa</p> <ul style="list-style-type: none"> egy biztosítási eseményre vonatkozóan legfeljebb 15.000.000,- Ft, Biztosítónként összesen legfeljebb 20.000.000 forint, függetlenül attól, hogy (i) az adott Biztosítottra hány finanszírozási szerződéshez kapcsolódóan terjed ki a Biztosító(k) kockázatviselése, (ii) hány biztosítási esemény következett be és (iii) az adott Biztosító hány alkalommal teljesített szolgáltatást. 	<p>egy biztosítási esemény kapcsán</p>	<p>keresőképtelenség, munkanélküliség legfeljebb 6 havi szolgáltatás 3 napot meghaladó kórházi kezelés legfeljebb 30 napi szolgáltatás</p>	<p>a biztosítás tartama során összesen</p>	<p>keresőképtelenség, munkanélküliség legfeljebb 12 havi szolgáltatás 3 napot meghaladó kórházi kezelés legfeljebb 120 napi szolgáltatás</p>
<p>egy biztosítási esemény kapcsán</p>	<p>keresőképtelenség, munkanélküliség legfeljebb 6 havi szolgáltatás 3 napot meghaladó kórházi kezelés legfeljebb 30 napi szolgáltatás</p>					
<p>a biztosítás tartama során összesen</p>	<p>keresőképtelenség, munkanélküliség legfeljebb 12 havi szolgáltatás 3 napot meghaladó kórházi kezelés legfeljebb 120 napi szolgáltatás</p>					
	<p>Újbóli szolgáltatásra való jogosultság:</p>	<p>keresőképtelenségi- vagy munkanélküliségi szolgáltatás esetén: Ha egy adott biztosítási esemény alapján a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetésével megszűnt, akkor (i) keresőképtelenségi szolgáltatás utáni újabb keresőképtelenségi igény vagy (ii) munkanélküliségi szolgáltatást követő újabb munkanélküliségi igény esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosítottat illetően újabb biztosítási esemény következett be (munkanélküliség esetében a Biztosított a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően ismételten a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 6.2. pontja szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételten munkanélkülivé vált), és (2) a Biztosító szolgáltatásának a 6 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése, valamint az újbóli jogosulttá válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.</p> <p>3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén: Ha a Biztosító egy vagy több korábban bekövetkezett biztosítási esemény alapján összesen legalább 30 napi szolgáltatást teljesített, ezt követően kizárólag abban az esetben nyújt újabb szolgáltatást, ha (1) újabb biztosítási esemény következett be és (2) az újabb biztosítási eseményt</p>				

		eredményező kórházi kezelés kezdőnapja és a megelőző biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés utolsó napja között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
	<i>Teljesítési határidő:</i>	Az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül , ha a biztosítási esemény tekintetében az érintett Biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.
	<i>Elévülési idő:</i>	Az igényt keletkeztető esemény bekövetkezésének időpontjától számított 2 év.
	<i>Mentesülési okok:</i>	Ld. az Általános Biztosítási Feltételek 15.§-át.
	<i>Kizárások:</i>	Ld. az ÁBF 16.§-át, valamint a vonatkozó KBF-ek „Kizárások” című §-ait
A biztosítás tartama:	A biztosítás tartama a finanszírozási szerződés tartamához igazodik, kivéve, ha a Biztosítók kockázatviselése ettől korábbi időpontban megszűnik.	
A biztosítási időszak:	A biztosítási időszak a havi törlesztőrészlet / lízingdíj esedékességétől a következő esedékességi időpontig tart, kivéve az alábbi eseteket: <u>Első biztosítási időszak:</u> Az első biztosítási időszak a Biztosító(k) kockázatviselésének kezdetétől annak a napnak a 24. órájáig tart, amely napon a legközelebbi havi törlesztőrészlet / lízingdíj esedékes. Az első biztosítási időszak tartama legfeljebb 90 nap lehet. <u>Utolsó biztosítási időszak:</u> A biztosítás megszűnése esetén az utolsó biztosítási időszak a megszűnést megelőző legutolsó törlesztőrészlet / lízingdíj esedékességét követő naptól annak a naptári napnak a 24. órájáig tart, amely napon a kockázatviselés megszűnt.	
A kockázatviselés kezdete:	a vételárhátralék <u>folyósítását megelőzően</u> tett – akár írásbeli, akár szóbeli - Biztosítotti Nyilatkozat útján történő csatlakozás esetén	a vételárhátralék folyósításának napján 0 óra
	a vételárhátralék <u>folyósítását követően</u> tett <u>szóbeli</u> Biztosítotti Nyilatkozat útján történő csatlakozás esetén	a Biztosítotti Nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra,
	a vételárhátralék <u>folyósítását követően</u> tett <u>írásbeli</u> utólagos Biztosítotti Nyilatkozat útján történő csatlakozás esetén	az aláírt (nem a Banknál személyesen tett nyilatkozat esetén tanúk előtt aláírt) utólagos Biztosítotti Nyilatkozatnak a Bankhoz történt beérkezését követő nap 0 óra.
A biztosítás megszüntetése	<i>A biztosítotti jogviszony azonnali hatályú felmondása (a Biztosítotti Nyilatkozat visszavonása)</i>	A Biztosított a (1) szóbeli Biztosítotti Nyilatkozat útján, illetőleg (2) (i) a Bank általi megkeresést követően tett, vagy (ii) a finanszírozási szerződés aláírását, illetőleg a szerződésbe az eredeti adós helyett adósként történő belépésre vonatkozó jognyilatkozat aláírását követően saját kezdeményezése alapján tett írásbeli utólagos Biztosítotti Nyilatkozat útján létrejött biztosítotti jogviszonyát azonnali hatállyal felmondhatja. A Hitelfedezeti Biztosítás fenti esetekben történő igénylése esetén a Bank a biztosítás beállításáról írásbeli visszaigazolást küld, melyhez mellékelni a részletes általános és különös biztosítási feltételeket. A Bank írásbeli visszaigazolásának kézhezvételétől számított 30 naptári napon belül a Biztosított a létrejött biztosítotti jogviszonyt a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal indokolási és fizetési kötelezettség nélkül azonnali hatállyal felmondhatja (ld. még az ÁBF 8.1. pontját). A határidőn túl beérkezett felmondó nyilatkozatot a Bank a Biztosítottra vonatkozó biztosítotti jogviszony rendes felmondásának tekinti, mely esetben a Biztosítottat a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakokra díjfizetési kötelezettség terheli.
	<i>A biztosítotti jogviszony rendes felmondása</i>	A Biztosítottra vonatkozó biztosítás a soron következő törlesztés / lízingdíj esedékességének napját megelőző 15. napig a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a folyó biztosítási időszak végére felmondható . A biztosítotti jogviszony rendes felmondása esetén a Biztosító kockázatviselése a folyó biztosítási időszak utolsó napján 24 órakor szűnik meg. Amennyiben a felmondás a következő törlesztés / lízingdíj esedékességét megelőző 15. napon túl történik meg, úgy a felmondás csak a folyó biztosítási időszakot követő biztosítási időszak végén 24 órakor lép hatályba. Amennyiben a Biztosított a Bank által kezdeményezett telefonbeszélgetés keretében felmondását visszavonja, úgy ennek megtörténtéről a Bank a Biztosítottat levélben értesíti – egyéb esetben a biztosítás felmondásával a biztosítotti jogviszony megszűnik (ld. még az ÁBF 8.2-8.3. pontjait).
	<i>A csoportos biztosítási</i>	A Bank és a Biztosítók a csoportos biztosítási szerződésben meghatározott esetekben jogosultak a csoportos biztosítási szerződést (i) 90 napos felmondási

	szerződés felmondása	idővel, illetőleg (ii) azonnali hatállyal felmondani, mely esetben a felmondás hatályba lépésekor díjjal fedezett időszak utolsó napján 24 órakor a kockázatviselés az összes Biztosítottra vonatkozóan megszűnik. A csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről – ide nem értve a csoportos biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondásának esetét - a Bank legalább 60 nappal a megszűnés hatályba lépése előtt tájékoztatja a Biztosítottakat.
A szolgáltatás díja	<p>A havi törlesztőrészlet (nyílt végű pénzügyi lízing esetén a felszámított ÁFA nélküli lízingdíj) alább megjelölt %-a:</p> <p>„A” csomag esetén: 3%-a. „B” csomag esetén: 4%-a „C” csomag esetén: 6%-a</p> <p>A biztosítás díját a Bank fizeti meg a Biztosítók részére, majd a megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a Biztosítotti Nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján – áthárítja a Biztosítottra. A díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. az Általános Biztosítási Feltételek 10.§-ában.</p> <p>A Bank és a Biztosítók megállapodhatnak a fenti díjtétel(ek) emeléséről. Ilyen esetben a Bank a díjemelés hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban írásban értesíti a díjemelés által érintett Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjemelést nem fogadja el, jogosult a biztosítotti jogviszonyát az Általános Biztosítási Feltételek 8.2. pontjában foglaltak szerint felmondani.</p>	

Csoportos hitelfedezeti biztosítás általános feltételei a Budapest Bank Zrt. gépjárműhitel,- vagy lízingszerződéséhez

Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF)

(mindkét Biztosító szolgáltatására egyaránt vonatkoznak)

Jelen feltételek - ellenkező szerződéses kikötések hiányában - a BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. és a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. és a Budapest Bank Zrt. között létrejött 12/É/2017 Budapest Bank és 12/B/2017 Budapest Bank számú csoportos biztosítási szerződésekre (a továbbiakban együttesen: Csoportos Biztosítási Szerződés) érvényesek, feltéve, hogy a jelen feltételhez kapcsolódó különös feltételek (KBF) másképp nem rendelkeznek.

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet

az **Általános Biztosítási Feltételek 1.3., 3.2., 3.6., 3.7., 7.1.7-7.1.9., 7.2-7.4. pontjaira, 9.§-ára, 10.9., 10.11., 10.12., 13.2-13.4., 14.2., 14.5., 14.6., pontjaira, 15. és 16.§-aira, 18.2. pontjára, valamint**

a **Különös Biztosítási Feltételek – Haláleseti kockázat 2.2. pontjára,**

a **Különös Biztosítási Feltételek – Rokkantsági kockázat 1.3., 2.2. pontjaira és 4.§-ára,**

a **Különös Biztosítási Feltételek – Keresőképtelenségi kockázat 1.3., 2.1., 2.2., 2.4., 2.5., 3.4. pontjaira és 4.§-ára, valamint**

a **Különös Biztosítási Feltételek – Munkanélküliségi kockázat 1.3., 2.1-2.4. pontjaira, 3.§-ára, 4.4. pontjára és 5.§-ára,**

a **Különös Biztosítási Feltételek – 3 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat 1.1., 2.2-2.4. pontjaira és 4.§-ára.**

1. § Meghatározások

1.1. **Bank:** a Budapest Bank Zrt., amely a Biztosítókkal a Csoportos Biztosítási Szerződést az 1.3. pontban megállapított feltételeknek megfelelő ügyfelei, mint érdekelt személyek javára megkötötte, a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos, érvényes jognyilatkozatokat megteszi és a biztosítási díjat megfizeti (a biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét - a Biztosított által a Biztosítotti Nyilatkozatban tett hozzájárulása alapján - a Bank áthárítja a Biztosítottra - a díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 10.§ rendelkezéseit). A Bank a biztosítottaknak a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosító(k) függő biztosításközvetítőjeként jár el. A Bank biztosításközvetítői minőségével kapcsolatos részletes tájékoztatás a csatlakozást megelőzően a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban található, amely a Bank honlapján is elérhető:

<https://www.budapestbank.hu/szolgaltatas/lakossag/biztositas.php>

1.2. **Biztosító** a haláleseti szolgáltatás esetében a **BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt.**, a továbbiakban **Életbiztosító**), a többi szolgáltatás esetében a **BNP**

Paribas Cardif Biztosító Zrt., a továbbiakban **Biztosító**) (továbbiakban együttesen **Biztosítók**), mely a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot vállalja és a biztosítási szolgáltatást teljesíti.

1.3. **Biztosított:** az a Bankkal 15 millió Ft-os fennálló tartozást meg nem haladó gépjárműhitel- vagy lízingszerződéses (a továbbiakban együttesen: finanszírozási szerződés) jogviszonyban álló természetes személy, aki (1) Biztosított Nyilatkozatot tett (ideértve azt az esetet is, amikor e természetes személy a Bankkal a finanszírozási szerződést nem fogyasztói minőségben, hanem pl. egyéni vállalkozóként / egyéni céggént kötötte meg), és akit a Biztosított Nyilatkozatra való tekintettel a Bank a biztosító(k)nak biztosítottként lejelent (2) aki a Biztosító(k) kockázatviselésének kezdetekor (i) már betöltötte a 18. életévét, de még nem töltötte be a 65. életévét, (ii) nem öregségi nyugdíjas, (iii) nem részesül rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban.

1.4. **Biztosított Nyilatkozat:** az 1.3. pontban megállapított feltételeknek megfelelő személy által a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor a csatlakozás módjától függően (részletesen ld. a 4.§-ban) (i) írásban vagy (ii) rögzített telefonbeszélgetés során szóban tett nyilatkozat, melyben a nyilatkozattevő - egyebek között - hozzájárul ahhoz, hogy a (1) Bank által szerződőként megkötött Csoportos Biztosítás hatálya rá, mint Biztosítottra kiterjedjen és (2) a Bank a megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét rá áthárítsa.

1.5. **Havi törlesztőrészlet:** azon havi összeg, amelynek megfizetésére a Biztosított a Bank irányában a finanszírozási szerződésből eredően illetve ahhoz kapcsolódóan köteles. Pénzügyi lízing esetén a havi törlesztőrészlet fogalma alatt a lízingdíjak értendők (nyílt végű lízing esetén a felszámított ÁFA összege nélkül).

2. § A Csoportos Biztosítási Szerződés létrejötte, a biztosított jogviszony alanyai

2.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés a Bank és a Biztosítók között írásban jött létre.

2.2. A Csoportos Biztosítási Szerződés alapján a biztosított jogviszony alanyai a Bank, a Biztosított, és a Biztosítók.

3. § A biztosított jogviszony alanyainak jogai és kötelezettségei

3.1. A jognyilatkozatokat a Bankhoz kell intézni, ő köteles és jogosult a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére. A Bank köteles továbbá 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.

3.2. **A Biztosított a Biztosított Nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján köteles a Bank részére megfizetni a biztosítás díjának a Biztosítottra jutó, a Bank által áthárított részét (a díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 10. §-ban).**

3.3. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges körülmények változását a Biztosító(k)nak írásban bejelenteni. A Biztosító(k) írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő

válaszokkal a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz, a kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén az érintett Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Csoportos Biztosítás Szerződés megkötésekor, illetőleg a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

- 3.4. A Biztosítók a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizhetik, saját orvosuk által vizsgálatot kezdeményezhetnek.
- 3.5. A Biztosítók kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv.-ben (továbbiakban: biztosítási törvény) foglaltak szerint titokként kezelni.
- 3.6. **A Biztosított jogosult a rá vonatkozó biztosítotti jogviszonyt azonnali hatályú felmondással (ld. még a 8.1. pontban) vagy rendes felmondással felmondani (ld. még a 8.2-8.3. pontokat).**
- 3.7. **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.**

4. § A Biztosított csatlakozása a Csoportos Biztosítási Szerződéshez

- 4.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak a csatlakozáskor tett Biztosítotti Nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak.
- 4.2. A Bank ügyfele a Biztosítotti Nyilatkozat megtételekor választja ki, hogy a hitele mellé melyik biztosítási csomagot igényli.
- 4.3. A Bank finanszírozási szerződést kötő (vagy már megkötött finanszírozási szerződéssel rendelkező, illetve ilyen finanszírozási szerződésben utóbb az eredeti adós helyébe lépő) ügyfele az alábbiakban felsorolt módok valamelyike útján tehet Biztosítotti Nyilatkozatot (azaz csatlakozhat a Csoportos Biztosítási Szerződéshez):

4.3.1. írásbeli Biztosítotti Nyilatkozattal:

4.3.1.1. a vételárhátralék folyósítását megelőzően:
a finanszírozási szerződés aláírását megelőzően vagy azzal egyidejűleg,

4.3.1.2. a vételárhátralék folyósítását követően:
(1) a finanszírozási szerződés aláírását követően, illetőleg **(2)** a finanszírozási szerződésbe az eredeti adós helyett adósként történő belépés esetén az erre vonatkozó jognyilatkozat aláírását követően **(i)** a Banknál személyesen tett, vagy **(ii)** a Bankhoz elküldött, 2 tanú előtt kell aláírt utólagos Biztosítotti Nyilatkozat útján.

4.3.2. szóbeli Biztosítotti Nyilatkozat:

4.3.2.1. a Bank telefonos ügyfélszolgálat, illetőleg a Bank által igénybe vett szolgáltató által – akár a vételárhátralék folyósítását megelőzően, akár azt követően - tett közvetlen telefonos

megkeresés során, rögzített telefonbeszélgetésben,

4.3.2.2. **(1)** a finanszírozási szerződés aláírását és a vételárhátralék folyósítását követően, illetőleg **(2)** a finanszírozási szerződésbe az eredeti adós helyett adósként történő belépés esetén az erre vonatkozó jognyilatkozat aláírását követően a Bank ügyfele által a Bank telefonos ügyfélszolgálatán kezdeményezett, rögzített telefonbeszélgetés során.

4.4. A 4.3.1.2. pont szerinti csatlakozás esetén a nem 2 tanú előtt tett utólagos Biztosítotti Nyilatkozat alapján a Bank ügyfele nem válik Biztosítottá és a jelen csoportos biztosítás hatálya az adott ügyfélre nem terjed ki.

4.5. Távközlő eszköz útján történő csatlakozás (a 4.3.1.2. (ii) alpontja szerinti esetben tett utólagos írásbeli Biztosítotti Nyilatkozat útján, vagy a 4.3.2.1, illetőleg 4.3.2.2. pontok szerinti szóbeli Biztosítotti Nyilatkozat útján történő csatlakozás) esetén a Biztosított jogosult a létrejött biztosítotti jogviszonyt azonnali hatállyal felmondani (a Biztosítotti Nyilatkozatot visszavonni) a 8.1. pont szerint.

5. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

5.1. A biztosítás tartama a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, mely tartam biztosítási időszakokra oszlik.

5.2. A biztosítási időszak egy hónap, amely a havi törlesztőrészlet esedékességétől a következő esedékességi időpontig tart, kivéve az alábbi eseteket:

5.2.1. Az első biztosítási időszak a Biztosító(k) kockázatviselésének kezdetétől annak a napnak a 24. órájáig tart, amely napon a legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékes. Az első biztosítási időszak tartama legfeljebb 90 nap lehet.

5.2.2. A havi törlesztőrészlet esedékességének módosításakor a biztosítási időszak a legutóbb megfizetett havi törlesztőrészlet esedékességének időpontjától a legközelebbi havi törlesztőrészletnek a módosítás során bevezetett esedékességi időpontjáig tart. A biztosítási időszak tartama a havi törlesztőrészlet esedékességének módosításakor nem haladhatja meg a 60 napot.

5.2.3. Ha a biztosítás az ügyfélre vonatkozóan megszűnik, akkor az utolsó biztosítási időszak a legutóbb megfizetett havi törlesztőrészlet esedékességének időpontjától annak a naptári napnak a 24. órájáig tart, amely napon a kockázatviselés megszűnt.

6. § A Biztosító kockázatviselésének kezdete, tartama

6.1. A Csoportos Biztosítási Szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a csatlakozáskor tett írásbeli vagy szóbeli Biztosítotti Nyilatkozatban ad meg.

6.2. A Biztosító(k) kockázatviselése a biztosított finanszírozási szerződésének tartamán belül arra az időszakra terjed ki, amely alatt a Biztosítottnak a finanszírozási szerződés alapján tartozása áll fenn a Bankkal szemben.

6.3. A Biztosító(k) kockázatviselése a csatlakozás időpontjától és módjától függően az alábbi időpontban kezdődik:

6.3.1. a vételárhátralék folyósítását megelőzően tett – akár írásbeli, akár szóbeli - Biztosítotti Nyilatkozat

útján történt csatlakozás esetén (ld. a 4.3.1.1., illetőleg a 4.3.2.1. pontot) a vételárhátralék folyósításának napján 0 órákor,

6.3.2. a vételárhátralék folyósítását követően tett szóbeli Biztosítotti Nyilatkozat útján történő csatlakozás esetén (ld. a 4.3.2.2. pontot) a Biztosítotti Nyilatkozat megtételét követő nap 0 órákor,

6.3.3. a vételárhátralék folyósítását követően tett utólagos írásbeli Biztosítotti Nyilatkozat útján történt csatlakozás (ld. a 4.3.1.2. pontot) esetén az aláírt (nem a Banknál személyesen tett nyilatkozat esetében 2 tanú előtt aláírt) utólagos Biztosítotti Nyilatkozatnak a Bankhoz történt beérkezését követő napon 0 órákor.

7. § A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

7.1. Mindkét Biztosító kockázatviselése megszűnik abban az időpontban, amelyik az alább felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik:

7.1.1. a Biztosított finanszírozási szerződésének lejáratí időpontjában, de legkésőbb az utolsó törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órákor,

7.1.2. ha a Biztosított finanszírozási szerződése bármely okból megszűnik, finanszírozási szerződés megszűnésének napján 24 órákor,

7.1.3. annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órákor, amelyben a Biztosított a 70. életévét betöltötte,

7.1.4. a Biztosított halálával,

7.1.5. a biztosítotti jogviszony határidőn belül tett azonnali hatályú felmondása (ld. a 8.1. pontban) esetén a felmondó nyilatkozat Bank általi kézhezvételének napján 24 órákor, de legkésőbb az elküldést követő 4. munkanapon 24 órákor,

7.1.6. a biztosítotti jogviszony rendes felmondása esetén a 8.2. pontban rögzített időpontban, amennyiben a Biztosított a felmondást nem vonta vissza (ld. a 8.3. pontban),

7.1.7. **ha a Biztosított a Bank által megfizetett biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó, a Bank által áthárított részét a Bank által küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 nap elteltével nem fizette meg a Banknak, úgy az esedékességtől számított 90. napon 24 órákor (ld. még a 10.12. pontban),**

7.1.8. **a Csoportos Biztosítási Szerződés azonnali hatályú felmondása esetén (ld. 8.5-8.7. pontok) a felmondás átvételének napján 24 órákor biztosított személyekre vonatkozóan az utólagos megfizetett biztosítási díjjal lefedett időszak (ld. még a 10.7. pontban) utolsó napján 24 órákor,**

7.1.9. **ha a Biztosítók vagy a Bank a Csoportos Biztosítási Szerződést rendes felmondással felmondja (ld. 8.4. pont), a 90 napos felmondási idő lejártakor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor.**

7.2. **A 7.1. pontokban írt eseteken felül a Biztosító kockázatviselése megszűnik:**

7.2.1. **azon a napon 24 órákor, amikor a biztosított öregségi nyugállományba vonul,**

7.2.2. **a Biztosított legalább 70%-os mértékű egészségkárosodását megállapító jogerős határozat meghozatalának napján 24 órákor.**

7.3. **A 7.1-7.2. pontokban írt eseteken felül az Életbiztosító kockázatviselése megszűnik azon a napon, amikor a Biztosított ugyanazon finanszírozási szerződésére vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése megszűnik (kivéve, ha a megszűnés oka a Biztosított öregségi nyugdíjba vonulása, mely esetben az Életbiztosító kockázatviselése mindaddig fennmarad, amíg a kockázatviselés az itt szabályozott valamely egyéb megszűnési ok bekövetkezése miatt meg nem szűnik).**

7.4. **Olyan Biztosítottak esetében, akiknek a finanszírozási szerződését a Bank felmondta, majd később reaktíválta, a reaktíválással a Biztosító(k) kockázatviselése is reaktíválódik, amennyiben a teljes reaktívált időszakra vonatkozó biztosítási díj megfizetésre kerül.**

8. § Felmondás

A biztosítotti jogviszony azonnali hatályú felmondása

8.1. Távközlő eszköz útján történt csatlakozás (a 0 pont szerinti esetben tett utólagos írásbeli Biztosítotti Nyilatkozat útján, vagy a 4.3.2. pont szerinti szóbeli Biztosítotti Nyilatkozat útján történő csatlakozás) esetén a Biztosított a biztosítotti jogviszonyát 30 napon belül indokolási- és fizetési kötelezettség nélkül írásban (levélben) azonnali hatállyal felmondhatja. Ezen 30 napos határidőt attól a naptól kell számítani, amely napon a Biztosított megkapta a Bank által küldött írásbeli visszaigazolást arról, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződés hatálya a Biztosítottra kiterjed (a továbbiakban: írásbeli visszaigazolás). Az azonnali hatályú felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha az azonnali hatályú felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a Biztosított a 30 napos határidő lejártá előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi. Az azonnali hatályú felmondást tartalmazó nyilatkozatot legkésőbb az elküldést követő negyedik munkanapon 24 órákor beérkezettnek kell tekinteni azzal, hogy a Biztosító(k) bizonyíthatja (bizonyíthatják), hogy a felmondó nyilatkozatot korábban vette (vették) kézhez. A határidőn túl tett felmondó nyilatkozat a 8.2. pont szerinti rendes felmondásnak minősül.

A biztosítotti jogviszony rendes felmondása

8.2. A Biztosított jogosult a rá vonatkozó biztosítotti jogviszonyt a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal rendes felmondással megszüntetni. Amennyiben a Biztosított rendes felmondása a soron következő törlesztés esedékességének napját megelőző 15. napig beérkezik a Bankhoz, úgy a rendes felmondás a folyó biztosítási időszak végén, ha a soron következő törlesztés esedékességét megelőző 15. napon túl érkezik be, akkor a folyó biztosítási időszakot követő biztosítási időszak végén 24 órákor lép hatályba.

8.3. A Biztosított rendes felmondását követően – ha a felmondás még nem lépett hatályba - a Bank telefonos ügyfélszolgálat útján jogosult telefonon megkeresni a Biztosítottat. Ha a Biztosított a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített beszélgetés során a korábban tett írásbeli rendes felmondását szóban visszavonja, akkor a Biztosítottra a Csoportos Biztosítási Szerződés hatálya változatlanul kiterjed. A Bank erről a rendes felmondás szóban történt visszavonását követő 5 munkanapon belül írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére.

A Csoportos Biztosítási Szerződés rendes felmondása

8.4. Mind a Bank, mind a Biztosítók jogosultak a Csoportos Biztosítási Szerződést a másik félhez intézett rendes felmondással 90 napos felmondási idővel felmondani.

A Csoportos Biztosítási Szerződés azonnali hatályú felmondása

8.5. Ha a Biztosítók vagy a Bank a Csoportos Biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségeit nem, vagy nem szerződésszerűen teljesítik, a sérelmet szenvedett felet megilleti az azonnali hatályú felmondás joga.

8.6. A Biztosítók jogosultak a Csoportos Biztosítási Szerződést azonnali hatállyal felmondani, ha a Bank a Biztosítók által bekért díjat a vonatkozó számviteli bizonylatnak a Bankhoz történő beérkezésétől számított 90 napon belül nem fizette meg.

8.7. A biztosítási szerződés azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályosulásának napján 24 órákor Biztosítottak tekintendő személyek biztosítási védelme - egyéb megállapodás hiányában - a biztosítási díjjal lefedett időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn.

9. § Területi hatály

A területi hatály Magyarország területére korlátozódik, kivéve a haláleseti kockázatot, melynek esetében a biztosítás bármely országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed.

10. § Díjfizetés

A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

10.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosító(k) kockázatviselésének az ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosító(k)nak a Csoportos Biztosítási Szerződés rendelkezései szerint.

10.2. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Bank - a Biztosított által a Biztosítotti Nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján – áthárítja a Biztosítottra (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 10.10-10.14 pontokban).

10.3. A biztosítás havi díjfizetésű.

10.4. A Bank minden Biztosított esetében egy teljes havi díjat köteles megfizetni, akkor is, ha az 5.2. pontban felsorolt esetekben az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási időszak tartama ténylegesen hosszabb vagy rövidebb, mint egy hónap.

10.5. A díjfizetési kötelezettség- az alábbi 10.6. pontban szereplő kivétellel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító(k) a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli(k).

10.6. A biztosítotti jogviszony 8.1. pont szerinti – határidőn belül történt – azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény.

10.7. A biztosítási díj az adott havi törlesztőrészlet esedékességi időpontjával lezárult, már eltelt biztosítási időszakra vonatkozik.

10.8. A Biztosított csatlakozását követően a biztosítási díj első alkalommal a kockázatviselés kezdetét követő havi törlesztőrészlettel együtt esedékes, kivéve, ha a Biztosított csatlakozását követő legközelebbi havi törlesztőrészlet a kockázatviselés kezdetét követő 14 napon belül esedékes. Ez utóbbi esetben biztosítási díj

a kockázatviselés kezdetét követő második havi törlesztőrészlettel együtt esedékes.

10.9. **A Bank és a Biztosítók megállapodhatnak a díjtétel(ek) emeléséről. Ilyen esetben a Bank a díjemelést hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban írásban értesíti a díjemelést érintett Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjemelést nem fogadja el, jogosult a biztosítotti jogviszonyát a 8.2. pontban foglaltak szerint felmondani.**

A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

10.10. A Csoportos Biztosítási Szerződés havi díjából a Bank által a Biztosítottra áthárított díjrész összege megegyezik az adott Biztosított által a Bank felé fizetendő havi törlesztőrészlet, mint díjszámítási alap és az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomag szerinti díjtétel szorzatával.

10.11. Az áthárított díjrészt a Biztosított a havi törlesztőrészlet megfizetésével azonos módon köteles megfizetni. Az áthárított biztosítási díjrész – a 10.8. pontban írt kivétellel - a havi törlesztőrészlettel együtt esedékes, azt a Bank a havi törlesztőrészlettel együtt szedi be a Biztosítottól. A Bank részére megfizetett összegekből a Bank által áthárított biztosítási díjrész a havi törlesztőrészlethez képest elsőbbséget élvez. **Ha a Bank részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díjrész egészét nem (sem) fedezi, az az áthárított biztosítási díjrész meg nem fizetésének minősül.**

10.12. **Ha a Biztosított a Bank által áthárított díjrészt az esedékességkor nem fizeti meg a Banknak (azaz a Bank azt nem tudja beszédni), akkor a Bank a sikertelen beszedést követő 30 napon belül írásban felszólítja a Biztosítottat az elmaradt összeg megfizetésére, melyben figyelmezteti a Biztosítottat arra, hogy amennyiben az elmaradt összeg az eredeti esedékességtől számított 90. napig sem kerül megfizetésre, akkor a Bank mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül és így a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan az elmaradt összeg eredeti esedékességtől számított 90. napon 24 órákor megszűnik.**

10.13. Ha a Biztosító(k) kockázatviselése megszűnik, de a finanszírozási szerződés fennmarad, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Bank a Biztosító(k) kockázatviselésének megszűnését követő legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékességekor szedi be.

10.14. Ha a Biztosító(k) kockázatviselése a finanszírozási szerződéssel együtt szűnik meg, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Bank a finanszírozási szerződés lezárásakor számolja fel.

11. § Értékkövetés, maradékjogok, kötvénykölcsön

11.1. A Biztosító(k) értékkövetést nem alkalmaz(nak).

11.2. A biztosításhoz maradékjogok nem tartoznak, tehát az nem visszavásárolható és a díjmentes leszállítás sem alkalmazható. A biztosításra kötvénykölcsön nem nyújtható.

12. § A biztosítási esemény

12.1. Az egyes biztosítási csomagoktól függően az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:

„A” biztosítási csomag:	1. Haláleset 2. Rokkantság (balesetből vagy betegségből eredő, legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás)
„B” biztosítási csomag	3. Tartós betegállomány (30 napon túli keresőképtelenség), 4. Munkanélküliség (30 napon túl nyilvántartott munkanélküli állapot)* 5. 3 napot meghaladó kórházi kezelés**
„C” biztosítási csomag	1. Haláleset 2. Rokkantság (balesetből vagy betegségből eredő, legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás) 3. Tartós betegállomány (30 napon túli keresőképtelenség), 4. Munkanélküliség (30 napon túl nyilvántartott munkanélküli állapot)* 5. 3 napot meghaladó kórházi kezelés**

* ha a Biztosított a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 6.2. pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezik

** ha a Biztosított NEM RENDELKEZIK a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 6.2. pontja szerinti munkaviszonnyal

12.2. A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó KBF-ek tartalmazzák.

13. § A Biztosító szolgáltatása

13.1. A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor az érintett Biztosító az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja:

13.1.1. **a Biztosított halála esetén** az Életbiztosító, **a biztosított rokkantsága esetén** a Biztosító a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel, legfeljebb a 13.3. pontban megállapított limitek erejéig megfizeti a Biztosított finanszírozási szerződése alapján fennálló tartozás összegét (nyílt végű pénzügyi lízing esetén a maradványérték nem tekintendő a fennálló tartozás részének) a Biztosított finanszírozási szerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.

A Biztosított fennálló tartozása a következők szerint kerül kiszámításra:

Fennálló tartozás = OC + I

ahol OC a finanszírozott összegnek a biztosítási esemény napjáig esedékessé vált törlesztőrészeket tőkerészével csökkentett összege és ahol

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

$I = Im/30 * K$ naptári nap

ahol Im a biztosítási esemény időpontját követő első esedékes havi törlesztőrészlet kamattartalma.

13.1.2. **a Biztosított keresőképtelensége illetve a Biztosított munkanélkülivé válása esetén** a Biztosító Zrt. a vonatkozó KBF-ben meghatározott feltételekkel és időtartamra megfizeti a Biztosított finanszírozási szerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a biztosítási esemény bekövetkezésének napján (ld. a vonatkozó KBF-ben) esedékes vagy azt követően esedékessé váló havi törlesztőrészlete(ke)t (meghatározását ld. az 1.5. pontban), de **törlesztőrészletenként legfeljebb 250 ezer Ft-ot**, valamint a hitelfedezeti biztosítás adott havi díjának a Biztosítottra jutó, a Bank által áthárított részét (ld. még a 10.10-10.11. pontokat).

13.1.3. **a Biztosított 3 napot meghaladó kórházi kezelése esetén** a Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számából levonja az önrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számával megszorozza a napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) és ezt az összeget a vonatkozó KBF-ben meghatározott módon és feltételekkel megfizeti a Biztosított által megadott bankszámlára.

13.2. **Egy Biztosítottra vonatkozóan a Biztosító a biztosítás tartama alatt (i) keresőképtelenség miatt összesen legfeljebb 12 havi, (ii) munkanélküliség miatt szintén összesen legfeljebb 12 havi szolgáltatás, (iii) 3 napot meghaladó kórházi kezelés miatt összesen legfeljebb 120 napi szolgáltatás megfizetésére vállal kötelezettséget.**

13.3. **Az egyes Biztosítók egy Biztosítottra vonatkozó fizetési kötelezettségének felső határa (1) egy biztosítási eseményre vonatkozóan legfeljebb 15.000.000,- Ft, (2) összesen legfeljebb 20.000.000 forint (Biztosítónként külön-külön értendő), függetlenül attól, hogy (i) az adott Biztosítottra hány finanszírozási szerződéshez kapcsolódóan terjed ki a Biztosítók kockázatviselése, (ii) hány biztosítási esemény következett be és (iii) az adott Biztosító hány alkalommal teljesített szolgáltatást.**

13.4. **Nyílt végű lízing esetén a maradványérték a Biztosító szolgáltatása szempontjából nem minősül a fennálló tartozás részének, a Biztosító a maradványértéket nem téríti meg.**

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

14.1. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy - és amennyiben a

Bank tudomására jut, a Bank is - köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul - de legkésőbb 2 éven belül - bejelenteni az érintett Biztosítónak az alábbi címen illetve telefonszámon:

BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén)

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (egyéb esetekben)

Kárrendezési osztály- 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.

Telefon: (1) 501-2354

- 14.2. **Az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.**
- 14.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez az érintett Biztosító a következő dokumentumokat kérheti:
- 14.3.1. a Banktól a Biztosított által tett Biztosított Nyilatkozatot (szóbeli csatlakozás esetén annak hangfelvételét),
- 14.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy (a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy) által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
- 14.3.3. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
- 14.3.4. az érintett Biztosító által a 14.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
- 14.3.5. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.
- 14.4. Az érintett Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az alábbi dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a Csoportos Biztosítási Szerződéshez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumokat, diagnosztikus leleteket, házi orvosi gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.
- 14.5. **Abban az esetben, ha az érintett Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, az adott Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.**
- 14.6. **A Biztosító teljesítése az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**
- 14.7. A Biztosító 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 Biztosító az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít mindaddig, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult. Ez a feltétel nem érvényes a

keresőképtelenséget vagy munkanélküliséget követő, rokkantság jogcímen teljesítendő szolgáltatásra. Ez utóbbi esetben a második biztosítási esemény időpontjától a Biztosító a rokkantság jogcímen nyújtja a biztosítási szolgáltatást.

15. § A Biztosítók mentesülése

15.1. Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó mentesülési okok:

15.1.1. **A közlési kötelezettség megsértése** esetében az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt az érintett Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

15.1.2. **Amennyiben az érintett Biztosítónak a biztosítási esemény után tudomására jut, hogy azt bármely olyan körülmény idézte elő, amely a kockázatviselés kezdetekor - szándékosan pontatlan vagy hiányos információk miatt - nem volt előre meghatározható, holott a kockázatvállalás szempontjából lényeges lett volna, jogosult a szolgáltatását megtagadni.**

15.1.3. **Az érintett Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított – a biztosítás hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkossági kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.**

15.2. **A 15.1 pontban írt eseteken felül a Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha:**

15.2.1. **a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,**

15.2.2. **a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be,**

15.2.3. **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,**

15.2.4. **a biztosítási esemény amiatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett,**

15.2.5. **a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be, továbbá**

15.2.6. **diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény,**

- állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.
- 15.3. **A 15.1 pontban írt eseteken felül az Életbiztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben hal meg.**

16. § Kizárások

Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó kizárások:

- 16.1. **A Biztosítók kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:**

- 16.1.1. *(i)* harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határviellongás, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás, kommandó támadás), *(ii)* terrorcselekménnyel, *(iii)* forradalommal, felkeléssel, lázadással, zavargással, zendüléssel (a lázadás fogalmát illetően ld. a Büntető Törvénykönyv szerinti minősítést), *(iv)* népi megmozdulással (például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk)

- 16.1.2. nukleáris hasadással, nukleáris reakcióval, fúzióval, radioaktív- illetve ionizáló sugárzással, valamint ezek szennyezésével, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést,

- 16.1.3. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával, kivéve rendőrök esetében,

- 16.1.4. **A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a Biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:**

- 16.1.4.1. búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, szőlő- vagy nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,

- 16.1.4.2. hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),

- 16.1.4.3. 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

- 16.1.4.4. privát- /sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés), bázisugrás,

- 16.1.4.5. állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspólo, díjlovaglás, díjugratás, fogathajtás).

- 16.2. **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.**

- 16.3. **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.**

- 16.4. **A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított járművezetés közben alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Ha történt véralkohol vizsgálat, alkoholos állapotnak tekintendő gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó, egyéb jármű vezetése esetén a 2,5 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.**

- 16.5. **A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett.**

- 16.6. **A Biztosítók kockázatviselése a csatlakozást követő első 6 hónap során nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy a veleszületett rendellenességekkel (a továbbiakban: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a Biztosított a meglévő betegségről tudomással bírt.**

- 16.7. **A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával, súlyosan ittas állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.**

- 16.8. **A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.**

A Biztosító esetében alkalmazandó további kizárások:

16.9. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók és azok közvetett vagy közvetlen következményeire).**

17. § A panaszok bejelentése

17.1. A Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat **(i)** szóban (személyesen, telefonon) vagy **(ii)** írásban (személyesen vagy más által átadott írat útján, postai úton, formanyomtatványon, faxon, e-mail-ben) az érintett Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbi címeken /telefonszámon:

- BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (haláleseti szolgáltatás esetén)
- BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (egyéb biztosítási szolgáltatások esetén)

Cím: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.

Tel: 501-2345

e-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu

17.2. A panasz által érintett Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszost 30 napon belül írásban értesíteni.

17.3. Az érintett Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja.

17.4. 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 másolati 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 - indokolással 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.

17.5. A Biztosítók felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank

1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

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

17.6.1. Jogszabálysértés, így különösen a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ 1013 Budapest, Krisztina körút 39. (Levélcím: H-1534 Budapest BKKP Pf.:777.)

Telefon: (36-80) 203-776, Fax: (36-1) 489-9102, E-mail: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosítók honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „panaszkezelés menüpont alatt,
- az MNB honlapján

(<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>)

17.6.2. A biztosított jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a panaszos

17.6.2.1. bírósághoz fordulhat, vagy

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

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

A PBT eljárásának kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosítók honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „panaszkezelés menüpont alatt,
- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz>), valamint a PBT aloldalon (<https://www.mnb.hu/bekeltetes/fogyasztoi-jogvita-nem-elszamolasi-ugyekben>)

18. § Egyéb rendelkezések

18.1. 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.

18.2. **A biztosításból eredő igények az igényt keletkeztető esemény bekövetkezésének időpontjától számított 2 év elteltével elévülnek.**

18.3. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Különös Biztosítási Feltételek Haláleseti kockázat

Az Életbiztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben alkalmazandó, ha a Biztosított a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor az „A” vagy a „C” biztosítási csomagot választotta.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a Budapest Bank Zrt. gépjárműhitel,- vagy lízingszerződéséhez

kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel (ÁBF) együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bármely - ki nem zárt - okból bekövetkezett halála.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál bekövetkezésének napja.

2. § Az Életbiztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor az Életbiztosító az ÁBF-ben és/vagy a jelen Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel – legfeljebb az ÁBF 13.3. pontjában megállapított limitek erejéig - megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a finanszírozási szerződés alapján fennálló tartozást (kiszámítását illetően ld. az ÁBF 13.1.1. pontját) a Biztosított finanszírozási szerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.
- 2.2. **Nyílt végű lízing esetén a maradványérték az Életbiztosító szolgáltatása szempontjából nem minősül a fennálló tartozás részének, az Életbiztosító a maradványértéket nem téríti meg.**

3. § Az Életbiztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. Az Életbiztosító a teljesítési kötelezettségének megállapításához – az ÁBF-ben foglaltakon túl – a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
 - 3.1.2. boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolata.

Különös Biztosítási Feltételek Rokkantsági kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben alkalmazandó, ha a Biztosított a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor az „A” vagy „C” biztosítási csomagot választotta.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a Budapest Bank Zrt. gépjárműhitel,- vagy lízingszerződéséhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel (ÁBF) együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetből vagy betegségéből eredő testi fogyatkozása, melynek következtében a Biztosított legalább 70%-os mértékű komplex egészségkárosodását megállapító szakhatósági állásfoglalás/szakvélemény alapján rokkantsági ellátást állapít meg jogerős

határozatában az erre feljogosított magyar szakigazgatási szerv.

- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az a nap, amelyen az erre feljogosított magyar szakigazgatási szerv a Biztosított rokkantsági ellátását (legalább 70%-os mértékű komplex egészségkárosodását) megállapító jogerős határozatát meghozta.
- 1.3. **E Különös Biztosítási Feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.**

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az ÁBF-ben és/vagy a jelen Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel – legfeljebb az ÁBF 13.3. pontjában megállapított limitek erejéig - megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a finanszírozási szerződés alapján fennálló tartozást (kiszámítását illetően ld. az ÁBF 13.1.1. pontját) a Biztosított finanszírozási szerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.
- 2.2. **Nyílt végű lízing esetén a maradványérték a Biztosító szolgáltatása szempontjából nem minősül a fennálló tartozás részének, a Biztosító a maradványértéket nem téríti meg.**

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító a teljesítési kötelezettségének megállapításához - az ÁBF-ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. az egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatósági állásfoglalás / szakvélemény másolata,
 - 3.1.2. a rokkantságot és a rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozatot,
 - 3.1.3. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok, és egyéb orvosi indokolások dokumentációinak másolatait.

4. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rokkanttá nyilvánítás iránti kérelem benyújtása után felvett hitelekre.

5. § Fogalom meghatározások

Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított egészségkárosodását idézi elő.

Különös Biztosítási Feltételek Keresőképtelenségi kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben alkalmazandó, ha a Biztosított a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor a „B” vagy a „C” biztosítási csomagot választotta.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a Budapest Bank Zrt. gépjárműhitel,- vagy lízingszerződéséhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel (ÁBF) együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő 30 napot meghaladó folyamatos betegállománya (továbbiakban: keresőképtelenség).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 31. napja.
- 1.3. **E Különös Biztosítási Feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.**

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az ÁBF-ben és/vagy a jelen Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel – legfeljebb az ÁBF 13.3. pontjában megállapított limitek erejéig - megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezése napján esedékes vagy az azt követően esedékessé váló havi törlesztőrészeket (meghatározását ld. az ÁBF 1.5. pontjában), de **törlesztőrészenként legfeljebb 250 ezer Ft-ot**, valamint az adott hónap(ok)ra vonatkozó havi biztosítási díj(ak)nak a Biztosítottra jutó, a Bank által áthárított részét (ld. még az ÁBF 10.10-10.11. pontjait) a Biztosított finanszírozási szerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.
- 2.2. **A Biztosító a fenti szolgáltatást (i) a keresőképtelenség megszűnéséig, vagy (ii) a Biztosított biztosítotti jogviszonyának felmondása esetén a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (iii) de legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezek közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 2.3. A biztosítási szolgáltatás megszűnését követően a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok miatt a Biztosított újból bekövetkező keresőképtelenségét, ha az a megszűnést követő 60 napon belül történik, az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti a Biztosító és a keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat. A Biztosító a 60 napon belül más okból bekövetkező keresőképtelenséget, vagy a biztosítási szolgáltatás megszűnése után több mint 60 nappal bekövetkező keresőképtelenséget az 1.§ szerinti új biztosítási eseménynek tekinti.
- 2.4. **Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik meg újra, ha (1) a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően újabb biztosítási esemény következett be, és (2) a**

Biztosító szolgáltatásának a 6 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése és az újbóli jogosulttá válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.

- 2.5. **A biztosítás tartama alatt a Biztosító egy biztosítottra vonatkozóan keresőképtelenség címén legfeljebb 12 hónapig vállalja a szolgáltatás teljesítését, ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a keresőképtelenségi kockázatra vonatkozóan megszűnik.**

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító a teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 3.1.2. 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,
 - 3.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát.
- 3.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 30 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség 31. napján vagy azt követően állítottak ki.
- 3.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha az jár) a 3.1.3 pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészetet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napján vagy azt követően állítottak ki.
- 3.4. **Ha a Biztosított a 3.2-3.3 pontok szerint a keresőképtelenséget nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.**

4. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése - az ÁBF-ben foglaltakon túl - nem terjed ki:

- 4.1. **depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
- 4.2. **nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma) pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
- 4.3. **rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,**
- 4.4. **gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,**
- 4.5. **orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal, (például**

- kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 4.6. **anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint: (i) terhesség és szülés miatti keresőképtelenség, (ii) gyermekápolási táppénz, (iii) GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége (kivéve, ha a Biztosított a GYES vagy GYED mellett kereső tevékenységet folytat - ha ez a vonatkozó jogszabályok alapján számára megengedett - és e kereső tevékenység folytatása során válik keresőképtelenné),**
- 4.7. **a keresőképtelenség időtartama alatt felvett hitel esetén arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt,**
- 4.8. **a finanszírozási szerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.**

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. Jelen feltételek szempontjából **balesetnek** minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
- 5.2. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 5.3. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen** az, aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, aki fekvőbeteg-gyógyintézeti 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 elkülönítenek, 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.

Különös Biztosítási Feltételek Munkanélküliségi kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben alkalmazandó, ha a Biztosított a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor a „B” vagy a „C” biztosítási csomagot választotta.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a Budapest Bank Zrt. gépjárműhitel,- vagy lízingszerződéseire vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel (ÁBF) együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett 30 egymást követő napot meghaladó regisztrált álláskeresőként történő nyilvántartása.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított nyilvántartott munkanélküli állapotának a 31. napja.
- 1.3. **E Különös Biztosítási Feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett vértlen és akaratán kívüli munkanélkülivé válása minősül biztosítási eseménynek.**

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az ÁBF-ben és/vagy a jelen Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel – legfeljebb az ÁBF 13.3. pontjában megállapított limitek erejéig - megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezése napján esedékes vagy az azt követően esedékessé váló havi törlesztőrészeket (meghatározását ld. az ÁBF 1.5. pontjában), de **törlesztőrészenként legfeljebb 250 ezer Ft-ot**, valamint az adott hónap(ok)ra vonatkozó havi biztosítási díj(ak)nak a Biztosítottra jutó, a Bank által áthárított részét (ld. még az Általános Biztosítási Feltételek 10.10-10.11. pontjait) a Biztosított finanszírozási szerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára.
- 2.2. **A Biztosító a 2.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a munkanélkülikénti nyilvántartás megszűnésének időpontjáig, vagy (ii) a Biztosított biztosított jogviszonyának felmondása esetén a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (iii) de legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezek közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 2.3. **Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a 2.2. pont (iii) pontja alapján 6 havi szolgáltatás kifizetésével szűnt meg, a szolgáltatási kötelezettség abban az esetben nyílik újra, ha az érintett Biztosított (1) a 2.2. pont (iii) pontja szerinti megszűnést követően ismételten a 6.2. pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően az 1.1. pont szerinti biztosítási esemény következett be és (2) a 2.2. pont (iii) pontja szerinti megszűnés és az újabb biztosítási esemény bekövetkezése között 12 havi, díjfizetéssel lefedett időszak eltelt.**
- 2.4. **A biztosítás tartama alatt a Biztosító egy biztosítottra vonatkozóan munkanélküliség címén legfeljebb 12 hónapig vállalja a szolgáltatás teljesítését, ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a munkanélküliségi kockázatra vonatkozóan megszűnik.**

3. § Várakozási idő

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

4. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 4.1.A Biztosító a teljesítési kötelezettségének megállapításához - az ÁBF-ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
- 4.1.2. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap a munkanélküli járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
- 4.1.3. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosított jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
- 4.1.4. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
- 4.1.5. a munkáltató levelét a munkaviszony felmondásáról,
- 4.1.6. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- 4.1.7. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált munkanélküli, valamint
- 4.1.8. a munkanélküli járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító, esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
- 4.1.9. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.
- 4.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 30 napja megszakítás nélkül álláskeresőként tartja nyilván a munkaügyi központ vagy kirendeltség. A teljesítéshez a 4.1.7. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a megszakítás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 31. napján vagy azt követően állítottak ki.
- 4.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha az jár) a 4.1.7. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napján vagy azt követően állítottak ki.
- 4.4. **Ha a Biztosított álláskeresőkénti nyilvántartását a 4.2-4.3 pontok szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.**

5. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:

- 5.1. az olyan Biztosítottakra, akik a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően nem álltak a 6.2. pont szerinti munkaviszonyban (pl. egyéni vállalkozók, megbízási jogviszony keretében foglalkoztatottak, vagy egyéb jogviszony alapján folytatott kereső foglalkozások),
- 5.2. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett (i) közös megegyezéssel történő

megszűnés vagy (ii) felmondás miatti megszűnésére,

- 5.3. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
- 5.4. a munkaviszonynak a munkáltató által azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
- 5.5. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató (i) a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette, vagy (ii) a várakozási idő alatt írásban közölte.

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, aki a vonatkozó jogszabályok alapján (i) a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, és (ii) oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, és (iii) öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem részesül és (iv) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb keresőtevékenységet sem folytat, és (v) elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit (vi) az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart.
- 6.2. **Munkaviszony:** legalább heti 20 órás, (i) a Munka Törvénykönyve („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, (v) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.

Különös Biztosítási Feltételek 3 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat

A Biztosító a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen kockázatviselés kizárólag abban az esetben alkalmazandó, ha (1) a Biztosított a Csoportos Biztosítási Szerződéshez történő csatlakozásakor a „B” vagy a „C” biztosítási csomagot választotta és (2) nem áll a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 6.2. pontja szerinti munkaviszonyban.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak a Budapest Bank Zrt. gépjárműhitel,- vagy lízingszerződéséhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításra vonatkozó Általános Biztosítási Feltételekkel (ÁBF) együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség közvetlen következményeként kórházban fekvőbetegként, az önrészesedés

tartamát (3 naptári nap) meghaladó folyamatos kezelése.

- 1.2. A biztosítási esemény a kórházi kezelés negyedik napján 0 órakor következik be. Az önrészesedés számítása során a kórházi felvétel napja minősül az első napnak.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számából levonja az önrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számával megszorozza a napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) és ezt az összeget egy összegben megfizeti a Biztosított által megadott bankszámlára. Ha a Biztosított az első kifizetést követően továbbra is megszakítás nélkül kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül, akkor a Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó újabb igazolás(ok) kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett, még ki nem fizetett napok számának megfelelő összegű napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) fizet a Biztosított által megadott bankszámlára.
- 2.2. A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően összesen legfeljebb 30 napi szolgáltatás fizetését vállalja.
- 2.3. Ha a Biztosító egy vagy több korábban bekövetkezett biztosítási esemény alapján összesen legalább 30 napi szolgáltatást teljesített, ezt követően kizárólag abban az esetben nyújt újabb szolgáltatást, ha (1) újabb biztosítási esemény következett be és (2) az újabb biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés kezdőnapja és a megelőző biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés utolsó napja között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
- 2.4. A Biztosító a biztosítás tartama alatt összesen legfeljebb 120 napi szolgáltatás fizetését vállalja.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt a Biztosító részére írásban bejelenteni, melyhez - az ÁBF 14.§-ában felsoroltak mellett - mellékelni kell a kórházi kezelés tartamára és okára vonatkozó igazolás(oka)t.
- 3.2. A Biztosító a jelen kockázatviselés alapján fizetendő összegeket a Biztosított által megadott bankszámlára történő utalással teljesíti.

4. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése - az ÁBF- ben foglaltakon túl -nem terjed ki az itt felsorolt (akár köz-, akár magánintézményben, kórházban vagy klinikán folytatott) kórházi kezelésekre: (1) kúra, (2) pihenés, (3) rehabilitáció, (4) lábadozás, (5) visszaszoktatás, (6) újraképzés, (7) nem baleseti eredetű pszichiátriai kezelés.

5. § Fogalom meghatározások

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) elmekegés állapottú- és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetei, (6) geriátriai, „krónikus” intézetek, (7) szociális otthonok, (8) alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak, valamint (9) kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

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

A biztosítási titok

- A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan minősített adatot nem tartalmazó, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, és a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosítók tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítókkal kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn, illetve a Biztosítók ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkör pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy a Biztosítók által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.
- Ha az alább felsorolt személyek / hatóságok / szervek írásbeli megkereséssel fordulnak a Biztosítókhoz, 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 vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, 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 nyilatkozattételi 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 gyámhatósággal szemben;
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel szemben;
 - törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel szemben;
 - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben;
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben;
 - a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben.
5. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
- a viszontbiztosítóval, a BNP Paribas csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal szemben. A Biztosítók által megbízott viszontbiztosítók listája a Biztosítók honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg
 - 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 oldalon tekinthető meg.
 - a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval szemben,
 - 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;
6. A Biztosítók a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is 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-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
- a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;
 - a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
8. A Biztosítók az ügyfelet nem tájékoztathatják az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat, a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv, valamint a bíróság adatkérése, illetve írásbeli megkeresése alapján történő adattovábbításról.
9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása;
 - abban az esetben, ha a Biztosítók az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesznek eleget;
 - a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.
10. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg;
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása;
 - a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás;
 - ha a Biztosítók által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-

törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki;

- ha a Biztosítók által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.

11. A Biztosítók a 7. és 9. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatják.
12. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosítók által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
 - ha a Biztosítók ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.
13. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

14. A Biztosítók – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályban, vagy a szerződésben vállalt kötelezettségük teljesítése során a szolgáltatás jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhatnak más biztosítóhoz. A Biztosítók a más biztosító által hozzájuk intézett, a fentiek szerinti megkeresés esetén a megkeresésben szereplő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül kötelesek átadni a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkereső biztosítónak.
15. A megkeresés illetve az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozhat:

15.1. baleseti-, betegség- vagy, életbiztosítási kockázatok (pl. keresőképtelenségi, rokkantsági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:

- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai;
- a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételi, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
- szerződőt, a biztosítottat, a kedvezményezettet érintő korábbi – a baleset-, betegség- vagy életbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
- a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
- a megkeresett biztosítónál megkötött

szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

15.2. 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.
16. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti. 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. 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.
 17. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 14. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
 18. 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.
 19. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

A személyes adatok kezelése

20. A BNP Paribas Csoport fontosnak tartja az ügyfelek személyes adatainak védelmét; erre tekintettel szigorú elveket határozott meg a személyes adatok védelméről szóló https://group.bnpparibas/uploads/file/bnpparibas_personal_data_privacy_charter.pdf, amely a <https://group.bnpparibas/en/group/bnp-paribas-worldwide> weboldalon található meg.
21. A Biztosítók adatkezelőként felelősek az ügyfelek személyes adatainak gyűjtéséért, valamint kezeléséért. Az adatkezelési tájékoztató célja, hogy tájékoztassa az

ügyfeleket a kezelt adatok köréről, az adatkezelés és az adattovábbítás céljáról, az adatkezelés időtartamáról, valamint a jogokról és azok gyakorlásáról.

22. Az Adatkezelő:

életbiztosítási kockázat:

BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.)

egyéb kockázatok:

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.)

23. 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 közölt személyes adatok biztosítási titoknak minősülnek a természetes személy ügyfelek esetén.

24. A Bit. 135. § (1) bekezdése értelmében a Biztosítók jogosultak kezelni ügyfeleiknek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, valamint a szolgáltatással összefüggnek.

25. Milyen személyes adatokat kezelnek a Biztosítók?

25.2. Az ügyfelek személyes adatait a Biztosítók a tevékenységük végzéséhez szükséges mértékben gyűjti és kezelik annak érdekében, hogy magas színvonalú, személyre szabott termékeket és szolgáltatásokat nyújthassanak. Többek között a szolgáltatott termék vagy szolgáltatás típusától függ, hogy milyen típusú személyes adatokat kezelnek ügyfeleikkel kapcsolatban, ideértve az alábbiakat:

- azonosításhoz szükséges adatok (pl. teljes név, születési név, anyja neve, azonosító szám (személyi igazolvány, útlevél, vezetői engedély adatai, stb.), állampolgárság, születési hely és idő, nem, TAJ szám, fénykép);
- személyes és munkahelyi kapcsolattartási adatok (pl. állandó és levelezési cím, tartózkodási cím, e-mail cím, telefonszám);
- családi helyzet és családi körülmények (pl. családi állapot, hozzátartozók megnevezése, gyermekek száma és életkora, a háztartásban élők száma stb.);
- gazdasági, pénzügyi és adózási adatok (pl. adóazonosító, adóügyi státusz, jövedelem és más bevételek, vagyona);
- tanulmányi és foglalkoztatási adatok (pl. tanulmányi szint, munkahely, munkaadó neve, foglalkozás, javadalmazás);
- biztosításával kapcsolatos adatok (pl. ügyfél azonosítási szám, szerződésszám, kedvezményezett neve, díjfizetési adatok, garanciák, tartam, díj, díjcsökkenés, bankszámla adatok, a szerződésre vonatkozó adatok, a biztosított tárgyra vonatkozó

azonosító adatok és műszaki tulajdonságok, hitelfedezeti, jövedelemptoló és számlavédelmi biztosítás esetén a hitel-, kölcsön-, lízing illetve bankszámla szerződésre vonatkozó adatok, közműszolgáltatóval kötött szerződés adatai, stb);

- kockázatelbíráláshoz szükséges adatok (pl. földrajzi elhelyezkedés, a biztosított tárgyak jellemzői, hitel- illetve kölcsöntartozással, társadalombiztosítással kapcsolatos adatok);
- biztosítási kárral és szolgáltatással kapcsolatos adatok (pl. kártörténet, kárkifizetések, szakvélemények, károsult adatok);
- szokásaival és preferenciáival kapcsolatos adatok (pl. a biztosításával összefüggésben az életmódjával és a biztosított tárgyak használatával kapcsolatos adatok)
- a velünk való interakcióból származó adatok: internetes oldalaink, alkalmazásaink, közösségi oldalaink látogatása, (kapcsolati és nyomkövetési adatok, például sütik, kapcsolat online szolgáltatásokkal, IP-címek), valamint találkozók, hívások, csevegések, e-mailek, interjúk, telefonbeszélgetések;
- videokamerás védelem (CCTV-t is beleértve) és földrajzi helymeghatározási adatok (pl. biztonsági okokból, vagy a legközelebbi szolgáltató helyének meghatározása érdekében a szolgáltatás helyszínének megjelenítése);
- készülékére vonatkozó adatok (IP-cím, műszaki jellemzők, és egyedi azonosító adatok);
- a BNP Paribas webhelyére és alkalmazásába való belépéshez használt bejelentkezési adatok,
- videokamerás megfigyelés (CCTV) ügyfélszolgálaton történő személyes megjelenés esetén;
- nyereményjátékokban, sorsolásokban és reklámkampányokban az Ügyfelek részvételéhez tartozó adatok (a részvétel dátuma, az Ügyfelek válaszai);
- a biztosítási csalások, a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelemhez szükséges adatok.

25.3. Az ügyfelek előzetes, kifejezett hozzájárulásával a Biztosítók a következő különleges adatokat is gyűjthetik.

- biometrikus adatok: pl. ujjlenyomat, hangminta vagy arckép, amelyek azonosítási vagy biztonsági célokra használhatók;
- egészségügyi adatok: pl. egészségügyi kockázat-elbíráláshoz, a biztosítottá válás feltételeinek vizsgálatához, kárigények illetve panaszügyek elbírálásához szükséges egészségügyi adatok, a biztosított kártörténetére vonatkozó egészségügyi adatok, orvosszakértői vélemények a kárigény elbírálásához. Ilyen adatokat szigorúan csak szükség esetén dolgozunk fel.

A Biztosítók soha nem kérnek az ügyfelek faji vagy etnikai származására, politikai véleményére, szakszervezeti tagságára, genetikai adataira, szexuális életére vagy szexuális irányultságára vonatkozó szenzitív, személyes adatokat, kivéve ha erre jogszabály kötelezi őket.

26. Kik érintettek ez a nyilatkozat, és kitől gyűjtenek személyes adatokat a Biztosítók?

Közvetlenül az ügyfelektől vagy leendő ügyfelektől, és közvetve más személyektől is gyűjtenek adatokat a Biztosítók (amikor az ügyfél felveszi a kapcsolatot a Biztosítókkal, felkeresi az ügyfélszolgálatot, a Biztosítók webhelyét és alkalmazásait, használja a termékeket és szolgáltatásokat, kárigényt nyújt be, részt vesz egy felmérésben vagy a Biztosító rendezvényén). Így a Biztosítók adatokat gyűjthetnek olyan személyekről, akikkel nincs közvetlen kapcsolatuk, viszont valamilyen kapcsolatban állnak az ügyfelekkel vagy leendő ügyfelekkel, például:

- családtagja;
- örököse vagy jogutódja;
- adóstársa és garanciavállalója;
- jogi képviselője (meghatalmazással rendelkező);
- fizetési tranzakcióinak kedvezményezettje;
- biztosítási kötvény kedvezményezettje;
- kárbejelentő,
- végső tényleges tulajdonosok;
- adósa (pl. csőd esetén);
- társaság részvényese,
- szolgáltató munkavállalója.

Ha a fenti példákhoz hasonlóan az ügyfél megadja harmadik fél személyes adatait, az ügyfélnek tájékoztatnia kell az érintettet arról, hogy a Biztosítók kezelik a megadott adatokat, és segítséget kell nyújtania abban, hogy az érintett megismerje az adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat. Ha lehetséges, akkor a Biztosítók is tájékoztatni fogják az érintettet (ha a Biztosító nem rendelkezik kapcsolattartási adatokkal, akkor nem tudja majd felvenni velük a kapcsolatot).

A Biztosítók adatbázisuk ellenőrzése és bővítése érdekében személyes adatokat szerezhetnek be a következő forrásokból:

- a BNP Paribas más entitásai;
- ügyfelek (vállalati és lakossági);
- üzleti partnereik;
- harmadik felek, például adatkereskedők, akik biztosítják, hogy a vonatkozó információkat törvényesen gyűjtik;
- hivatalos szervek vagy harmadik felek (pl. a pénzügyi felügyeleti hatóság által működtetett adatbázisok, stb) által közzétett publikációk és adatbázisok;
- jogi személyek vagy szakmai ügyfelek webhelyei és közösségi oldalai, ahol az ügyfelek információt tesznek közzé (pl. a saját webhelyen vagy közösségi oldalon);
- nyilvános információk, például a sajtóban megjelenő információk.

27. Miért és milyen jogi alapon használják fel a Biztosítók az

ügyfelek személyes adatait?

a. Jogi és hatósági kötelezettségeknek való megfelelés céljából

A Biztosítók felhasználják az ügyfelek személyes adatait különböző jogszabályi rendelkezéseknek, különösen a biztosítási illetve pénzügyi intézményekre vonatkozó rendelkezéseknek való megfelelés céljából:

- o figyelemmel követik a tranzakciókat, hogy azonosítsa azokat, melyek eltérnek a megszokott mintáktól/rutintól;
- o kezelik, megelőzik és felderítik a csalást;
- o figyelemmel követik és jelentést tesznek azokról a kockázatokról (pénzügyi kockázat, megfelelőségi, hírnévvel kapcsolatos, vagy nemteljesítési kockázat stb.), melyek a Biztosítókat és/vagy a BNP Paribas Csoportot érinthetik;
- o amennyiben szükséges, rögzítik a telefonhívásokat, csevegéseket, e-maileket, stb., a lentebb leírt más felhasználás mellett;
- o megelőzik és felderítik a pénzmosást és a terrorizmus finanszírozását, és megfelel a szankciókkal és embargókkal kapcsolatos rendelkezéseknek az „Ismerd meg az ügyfeled” (KYC) elv révén (azonosítja az ügyfeleket, ellenőrzi a személyazonosságukat, megnézi, hogy szerepelnek-e szankciós listákon, és meghatározzák az ügyfelek profilját);
- o felderítik és kezelik a gyanús megbízásokat és tranzakciókat;
- o a biztosításértékesítésre vonatkozó szabályoknak megfelelően felméri, hogy a javasolt vagy választott biztosítási termék mennyire felel meg az ügyfelek igényeinek;
- o segítik az adócsalás elleni küzdelmet, és teljesítik az adóellenőrzési és bejelentési kötelezettségeket;
- o számviteli célból rögzítik a tranzakciókat;
- o megelőzik, felderítik és jelentik a vállalati társadalmi felelősséggel és fenntartható fejlődéssel kapcsolatos kockázatokat;
- o műveletekkel, tranzakciókkal vagy megbízásokkal kapcsolatos adatokat szolgáltatnak és jelentenek, és válaszolnak megfelelő hatáskörrel rendelkező helyi vagy külföldi pénzügyi, adóügyi, közigazgatási, bünyügyi vagy igazságügyi hatóság, választottbírói vagy közvetítői testület, bünyüldöző szerv, állami ügynökség vagy közjogi szerv hivatalos kérésére.

b. Az ügyfelekkel kötött szerződés teljesítése vagy az ügyfelek kérése esetén szerződéskötést megelőző lépések megtétele céljából

A Biztosítók az ügyfelek személyes adatait szerződéskötésre vagy jogviszony létesítésére, a megkötött szerződés teljesítésére valamint arra használják fel, hogy kapcsolatot tartsanak az ügyfelekkel, beleértve az alábbiakat:

- meghatározzák a biztosítási kockázatot és az

- alkalmazandó díjazást;
- felméri, hogy milyen feltételekkel (többek között áron) ajánlhatják az ügyfeleknek a termékeket és szolgáltatásokat;
- rendezik a biztosítási kárigényeket és teljesítik a szerződéses kötelezettségeiket;
- segítséget nyújt az ügyfeleknek, például a kérések megválaszolásával;
- termékeket és szolgáltatásokat kínálnak az ügyfeleknek;
- kezelik a fennálló tartozásokat (azonosítják és kizárják a tartozással rendelkező ügyfeleket).

c. A Biztosítók jogos érdekének érvényesítése céljából

A Biztosítók az ügyfelek személyes adatait, beleértve a tranzakciós adatokat is, a következő célokból használják fel:

- Kockázatkezelési célok:
 - o a biztosítási és áthárított biztosítási díjak megfizetésének igazolása, beleértve elektronikus nyugta;
 - o csalás kezelése, megelőzése és felderítése;
 - o a Biztosítók figyelemmel követik a tranzakciókat, hogy azonosítsák azokat, amelyek eltérnek a megszokott rutintól;
 - o követelések behajtása;
 - o jogi igények alátámasztása és védelem jogviták esetében;
 - o egyéni statisztikai modellek kidolgozása a kockázatok kezelésének javítása valamint meglévő illetve új termékek fejlesztése érdekében;
- A Biztosítók és a BNP Paribas entitásai személyre szabják az ügyfeleknek nyújtott kínálatukat, hogy:
 - o fejlesszék a termékek és szolgáltatások minőségét;
 - o az ügyfelek helyzetéhez és profiljához illő termékeket és szolgáltatásokat nyújtsanak;
 - o felméri az ügyfelek preferenciáit és igényeit, hogy személyre szabott biztosítási ajánlatokat tegyenek.

A személyre szabás a következő módokon történhet:

- az ügyfelek és leendő ügyfelek szegmentálása;
- különböző kommunikációs csatornákon mutatott szokásainak és preferenciáinak elemzése (e-mailek vagy üzenetek, webhelyeink felkeresése stb.);
- az ügyfelek adatainak a BNP Paribas más entitásával való megosztása, különösen akkor, ha az adott személy már ügyfele vagy leendő ügyfele az adott entitásnak, és a Biztosítók fel szeretnék gyorsítani a szerződéses kapcsolatlétesítést;
- összevetése azoknak a termékeknek vagy szolgáltatásoknak, amelyekkel az ügyfelek vagy leendő ügyfelek már rendelkeznek, olyan egyéb adatokkal, amelyeket a Biztosítók őriznek az ügyfelekre vonatkozóan (pl. amelyekből megállapíthatók, hogy az

- adott ügyfélnek vannak gyermekei, de még nem rendelkezik családi biztosítással);
- a meglévő ügyfelek közös tulajdonságainak és magatartásának figyelembe vétele, és hasonló tulajdonságokkal rendelkező személyek keresése, hogy a Biztosítók megfelelő biztosítási szolgáltatást kínáljanak.

- Kutatás és fejlesztés (R+D), beleértve statisztikák és modellek létrehozása, hogy a Biztosítók:
 - optimalizálják és automatizálják folyamataikat (pl. GYIK csevegőrobot létrehozása);
 - az ügyfelek igényeit legjobban kielégítő termékeket és szolgáltatásokat nyújtsanak;
 - a termékek és szolgáltatások forgalmazását, tartalmát és árát összehangolják az ügyfelek profiljával;
 - új ajánlatokat hozzanak létre;
 - megakadályozzák a lehetséges biztonsági hibákat, javítsák az ügyfelek hitelesítésének és a hozzáférési jogosultságoknak a kezelését;
 - javítsák a biztonságirányítást;
 - javítsák a kockázatok és a megfelelés kezelését;
 - javítsák a csalás kezelését, megelőzését és felderítését;
 - elősegítsék a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelmet.
- Biztonsági okok és az informatikai rendszerek teljesítménye, beleértve:
 - o IT menedzsment, beleértve az infrastruktúra kezelését (pl. megosztott platformok), üzletmenet folytonossága és biztonság (pl. internetes felhasználók hitelesítése);
 - o személyi sérülés, és a személyeket és árukat érintő károk megelőzése (például videokamerás védelem).
- A Biztosítók:
 - o tájékoztatást nyújtanak az ügyfeleknek a termékeikről és szolgáltatásaikról;
 - o pénzügyi műveleteket végeznek, például hitelportfólió eladása, értékpapírosítás, a BNP Paribas Csoport finanszírozása vagy refinanszírozása;
 - o versenyeket és nyereményjátékokat, ár versenyeket, sorsolást és más promóciós tevékenységeket szerveznek;
 - o ügyfélelégedettségi és közvéleménykutatási felméréseket végeznek;
 - o javítják a folyamataik hatékonyságát (képzést nyújtanak a munkatársaknak a telefonos ügyfélszolgálati hívások rögzítésével és elemzésével, és javítják a hívási módokat);
 - o automatizálják a folyamataikat, pl. alkalmazás tesztelése, panaszok automatikus kezelése stb.

A Biztosítók jogos érdekei minden esetben arányosak az adatkezeléssel, és érdekmérlegelési teszt keretében vizsgálják a az ügyfelek érdekeinek, illetve alapvető jogainak és szabadságainak a védelmét.

d. Az ügyfelek döntési szabadságának tiszteletbe

tartása érdekében, a Biztosítók az Ügyfelek hozzájárulását kérik az alábbi adatkezelésekhez:

Bizonyos személyes adatok kezelése esetén konkrét tájékoztatást adnak a Biztosítók az ügyfeleknek és kérik a hozzájárulásukat. Az ügyfelek azonban bármikor visszavonhatják az adatkezeléshez adott hozzájárulásukat.

Személyes adatok kezelése, amely nagyobb hatással lehet az ügyfelekre:

- Ha a fenti célok automatikus döntéshozatalhoz vezetnek, amelyek joghatásokat váltanak ki vagy jelentősen érintik az ügyfeleket. Amennyiben ilyen jellegű adatkezelésre kerül sor, a Biztosítók külön értesíteni fogják az ügyfeleket az alkalmazott logikáról, valamint az ilyen feldolgozás jelentőségéről és várható következményeiről;
- Amennyiben további adatkezelés válik szükségessé a 3. szakaszban felsoroltaktól eltérő adatkezelési célból, amelyről a Biztosítók értesíteni fogják az ügyfeleket és szükség esetén kérni fogják a hozzájárulásukat;
- A közösségi hálózatokon való egyes interakciók, versenyek vagy más hasonló marketing célú műveletek végrehajtása érdekében;
- Ha a személyes adatok speciális kategóriáinak kezelése válik szükségessé, például biometrikus adatok, egészségügyi adatok vagy vallási és filozófiai adatok kezelése esetén.

28. Kivel osztják meg a Biztosítók az ügyfelek személyes adatait?

- a. Az adatok megosztása a BNP Paribas Csoporton belül

A Biztosítók a BNP Paribas Csoporthoz tartoznak, amely világszerte szorosan együttműködő különböző vállalatokat foglal magába, hogy létrehozzon és forgalmazzon különböző banki, pénzügyi és biztosítási szolgáltatásokat és termékeket.

Üzleti okokból és a hatékonyság érdekében a Biztosítók megosztják a személyes adatokat a BNP Paribas Csoporton belül, például:

- a jogi és szabályozási kötelezettségek miatt;
 - o a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása ellen, embargók miatt és a KYC során összegyűjtött adatok megosztása érdekében;
 - o kockázatkezelés, beleértve a hitel- és működési kockázatokat (hitelminősítés, hitelbírálat stb.);
- jogos érdekeik védelme céljából;
 - o a csalás megelőzése, észlelése, és az ellene való küzdelem céljából;
 - o K+F tevékenységek különösen a megfelelés, kockázatkezelés, kommunikáció és marketing céljaiból;
 - o az ügyfelek globális és következetes áttekintése;
 - o a Csoport termékei és szolgáltatásai teljes körének felkínálása, hogy az ügyfelek kihasználhassák azokat;

- o a termékek és szolgáltatások tartalmának és árának személyre szabása az ügyfél részére.

- b. Az adatok közzététele a BNP Paribas Csoporton kívül
Az adatkezelési tájékoztatóban foglalt egyes célok teljesítése érdekében a Biztosítók időről időre megoszthatják az Ügyfelek személyes adatait a következőkkel:

- a Biztosító nevében szolgáltatást (pl. informatikai szolgáltatás, logisztika, nyomtatási szolgáltatás, telekommunikáció, követelésbehajtás, tanácsadás és konzultáció, értékesítés és marketing) nyújtó szolgáltatókkal;
- banki és kereskedelmi partnerek, független ügynökök, közvetítők és brókerek, viszontbiztosítók, pénzügyi intézmények, szerződő felek, akikkel kapcsolata van a Biztosítóknak, ha az adatok továbbítása szükséges a szolgáltatások és termékek megfelelő nyújtásához, vagy ahhoz, hogy a Biztosítók eleget tegyenek a szerződéses kötelezettségeiknek (pl. bankok, pénzintézetek, letéteményesek, letétkezelők, értékpapírok kibocsátói, kifizetőhelyek, biztosító társaságok, fizetési rendszerek működtetői, fizetési kártyák kibocsátói vagy közvetítői);
- hitelinformációs ügynökségek;
- helyi vagy külföldi pénzügyi, adóügyi, közigazgatási, bünyügyi vagy igazságügyi hatóságok, választottbírói vagy közvetítői testületek, bűnüldöző szervek, állami intézmények vagy közjogi szervezetek, ha a Biztosítók vagy a BNP Paribas Csoport bármely tagja köteles adatot szolgáltatni a következők miatt:
 - o a kérésük alapján;
 - o védekezés céljából egy ügyben, perben vagy eljárásban, vagy erre válaszul;
 - o megfelelés egy rendelkezésnek, vagy egy hatóság útmutatásának, ami vonatkozik a Biztosítóra vagy a BNP Csoport egy tagjára;
- bizonyos szabályozott szakmai tevékenységet végzők, mint például ügyvédek, közjegyzők, adminisztrátorok/vagyonkezelők, hitelminősítő intézetek, egészségügyi szakértők vagy könyvvizsgálók, ha ez bizonyos körülmények (peres eljárás, ellenőrzés stb.) miatt szükséges, továbbá a BNP Paribas Csoport vagy biztosító cégeinek és vállalatainak tényleges vagy tervezett vevői.
- társadalombiztosítási szervek, ha a kártérítési igények elbírálása miatt szükséges a megkeresésük, vagy amikor a Biztosítók kiegészítő ellátásokat kínálnak a szociális juttatásokhoz;
- a szerződésben érdekelt felek, például:
 - o a szerződő, a díjfizető, a biztosított, a kedvezményezett és a kárbejelentő vagy képviselőik;
 - o a szerződést értékesítő és a szerződéses jogutód;
 - o a balesetért felelős személyek, a sértett illetve károsult felek, képviselőik és a tanúk.

- c. Aggregált vagy anonimizált adatok megosztása
Aggregált vagy anonimizált információkat osztanak meg a Biztosítók a BNP Paribas Csoporton belül és kívül a partnerekkel, például kutatási csoportokkal, egyetemekkel vagy hirdetőkkel. Az Ügyfelek személyazonosságát nem lehet megállapítani ezen információk alapján.

Az ügyfelek adatai anonimizált statisztikákba is összegyűjthetők, amelyeket a Biztosító szakmai ügyfeleinek ajánlhat fel a vállalkozásuk fejlesztése érdekében. Ilyen esetben az ügyfelek személyes adatai soha nem kerülnek megosztásra, és azok, akik ezeket az anonimizált statisztikákat kapják, nem lesznek képesek azonosítani az ügyfeleket.

29. Személyes adatok nemzetközi továbbítása

Adatok továbbítása az EGT-n kívülre

Az ügyfelek adatai is továbbításra kerülhetnek, ha a Biztosítók az Európai Gazdasági Térségből (EGT) az EGT-n kívülre továbbítanak adatokat. Ha az Európai Bizottság úgy ítéli meg, hogy az EGT-n kívüli ország megfelelő adatkezelési szintet biztosít, akkor az Ügyfelek személyes adatai ezen az alapon kerülnek továbbításra.

Az olyan nem EGT-országokba való továbbítás esetén, amelyek tekintetében az Európai Bizottság nem ismeri el az adatvédelmet megfelelő szintűnek, a Biztosítók a különleges helyzetben alkalmazható derogációra támaszkodnak (pl. ha az adattovábbítás szükséges a szerződések teljesítéséhez, amikor nemzetközi kifizetést teljesítenek a Biztosítók) vagy az alábbi biztosítékok egyikét alkalmazzák, annak érdekében, hogy biztosítsák az ügyfelek személyes adatainak védelmét:

- az Európai Bizottság által jóváhagyott szabványos szerződési feltételek;
- kötelező erejű vállalati szabályok.

Az ügyfelek a 30. pontban meghatározottak szerint írásban kérhetik a Biztosítóktól, hogy küldjék meg a fent meghatározott adatbiztonsági kikötések másolatát vagy annak elérhetőségi helyét.

30. Mennyi ideig tárolják a Biztosítók az ügyfelek illetve leendő ügyfelek személyes adatait?

Az ügyfelek személyes adatait a Biztosítók a vonatkozó jogszabályok által előírt, illetve a belső működési követelményeknek (pl. a megfelelő számlakezelés, az ügyfelekkel való kapcsolattartás megkönnyítése), valamint a jogi igények és szabályozói elvárásoknak való megfelelés érdekében megfelelő ideig tárolják.

Az ügyfelek esetében:

A Biztosítók az ügyfelekre vonatkozó biztosítási titoknak minősülő adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelik, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosítási szerződés megkötésével, nyilvántartásával, valamint a biztosítási szolgáltatással

összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a Biztosítók a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény 169. § alapján 8 évig őrzik meg. A biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, adózással kapcsolatos, bizonylatnak minősülő dokumentumokat az Adózás rendjéről szóló CL. törvény 78. § (3) bekezdésében meghatározottak szerint 5 évig őrzik meg.

A jelen bekezdésben meghatározott adatmegőrzési szabályok érvényesek abban az esetben is, ha az ügyfelek biztosítási eseményt jelentenek be vagy személyesen, telefonon, postai levél vagy e-mail útján felkeresik a Biztosítók ügyfélszolgálatát.

A Biztosítók termékei iránt érdeklődők valamint leendő ügyfelek esetében:

A Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 153. § (1) bekezdése szerint az életbiztosítási szerződés megkötése előtt – az olyan megtakarítási elemet nem tartalmazó, tisztán kockázati életbiztosítások kivételével, amelyeket pénzügyi intézmény az általa nyújtott, pénzügyi szolgáltatással összefüggésben javasolt, vagy amelyeknek a biztosítási összege nem haladja meg az egymillió forintot – a biztosítók, illetve a biztosításközvetítők kötelesek felmérni, illetve legalább az ügyfél által megadott információk alapján pontosítani az ügyfél igényeit. A nem életbiztosítási termékek esetén a biztosítók a Bit. 158/B (1) bekezdése alapján kötelesek előzetesen felmérni az adott ügyfél konkrét igényeit és szükségleteit. A Biztosító az igényfelmérőben megadott adatokat biztosítási titokként kezeli.

A Biztosítók az igényfelmérő kitöltését követően 60 napig jogosult az igényfelmérés során megadott információkat a biztosítási ajánlat elkészítéséhez felhasználni. Amennyiben az igényfelmérés alapján 60 napon belül nem tesz az ügyfél biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot, a Biztosítók a papíralapú igényfelmérőt megsemmisítik, az elektronikusan rögzített igényfelmérőt pedig törlik.

Amennyiben az igényfelmérő eredménye alapján a leendő ügyfél biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz vagy csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozik, és a biztosítási jogviszony létrejön, akkor az igényfelmérő megőrzésre kerül a szerződéses dokumentáció részeként.

Amennyiben az ügyfelek az egészségügyi kockázatelemzés és elbírálás, biztosítottá válás és/vagy kárrendezés céljából egészségügyi állapotukkal kapcsolatban adatot szolgáltatnak:

A létrejött biztosítási jogviszonyok esetén a Biztosítók az egészségügyi adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelik, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Amennyiben az ügyfél visszavonja hozzájáruló nyilatkozatát, a Biztosítók a hozzájáruló nyilatkozat visszavonásáig kezelhetik az érintett egészségügyi adatait. A létre nem jött biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó egészségügyi adatokat a Biztosítók az Általános Adatvédelmi Rendelet 9. cikk (2) f) szerinti jogérvényesítés céljából annyi ideig kezelik, amíg az adattal kapcsolatban jogi igény érvényesíthető.

Amennyiben a Biztosítók az ügyfeleket ügyfél-azonosítás végett a Pmt. alapján átvilágítják:

Az azonosítás során kezelt személyes adatokat, valamint ezen személyes adatokat tartalmazó okiratok másolatait a Biztosító a Pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) 56. § (2) bekezdése alapján a biztosítási szerződés megszűnésétől, vagy az üzleti megbízás teljesítésétől számított 8 évig őrzik meg.

Amennyiben az ügyfelek panaszt jelentenek be: A rögzített hangfelvételeket a Biztosítók öt évig megőrzik. A Biztosítók a hozzájuk beérkezett panaszt és az arra adott választ öt évig megőrzik.

Az ügyfelek kiemelt közszereplői adatbázisban és szankciós listákon való, szűrőrendszeren keresztül történő ellenőrzése során keletkezett adatokat a jogszabályi előírásokkal összhangban a Biztosítók a szűrés végrehajtásától számított 8 évig őrzik meg.

A szolgáltatások minőségének javítása és a munkatársak oktatása céljából rögzített telefonos hangfelvételeket a Biztosítók 6 hónapig őrzik meg. A hangfelvételek elemzésének eredményeként létrejött dokumentumok 1 évig kerülnek megőrzésre.

Az ügyfelek azonosítási adatait, amelyeket a 30. pontban foglalt jogok gyakorlása során közölnek a Biztosítókkal, a joggyakorlástól számított 10 évig kerülnek megőrzésre.

A Biztosítók közvetlen üzletszerzési tevékenységet (direkt marketing) végezhetnek meglévő ügyfeleik körében. A Biztosítók az adatkezelés céljának elérése érdekében, az ahhoz szükséges mértékben és időtartamig vagy a hozzájáruló nyilatkozat visszavonásáig kezelhetik az érintett adatait.

31. Mik az ügyfelek jogai és hogyan gyakorolhatják őket?

A vonatkozó jogszabályokkal összhangban, és amely esetekben ez alkalmazandó, az ügyfeleket a következő jogok illetik meg:

- Hozzáféréshez való jog: információt kérhetnek személyes adataik kezeléséről, és másolatot is kérhetnek ezekről az adatokról.
- Helyesbítéshez való jog: ha úgy gondolják, hogy a személyes adataik pontatlanok vagy hiányosak, kérhetik a személyes adataik helyesbítését.
- Törléshez való jog: a törvény által megengedett mértékben kérhetik a személyes adataik törlését.
- Korlátozáshoz való jog: az ügyfelek kérhetik a személyes adataik kezelésének a korlátozását.
- Tiltakozáshoz való jog: tiltakozhatnak a személyes adataik kezelése ellen. Joguk van tiltakozni a személyes adataiknak közvetlen üzletszerzési célokra történő felhasználása ellen, beleértve a közvetlen üzletszerzési célokhoz kapcsolódó profilalkotást is.
- Hozzájárulás visszavonása: joguk van bármikor visszavonni az személyes adataik kezeléséhez adott hozzájárulást.

- Adathordozhatósághoz való jog: ha jogilag alkalmazható, az ügyfeleknek joguk van ahhoz, hogy a Biztosító visszajuttassa az ügyfeleknek a kapott és/vagy kezelt személyes adatokat, vagy ha ez technikailag megoldható, akkor továbbítsa azokat harmadik félnek.

Ha az ügyfelek élni szeretnének a fent felsorolt jogaikkal, kérésüket levélben vagy e-mailben juttathatják el az alábbi elérhetőségek egyikére:

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. vagy
BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt.
1062 Budapest, Teréz krt. 55-57., vagy
adatvedelem@cardif.hu

Azonosítás céljából a kérelemhez csatolni kell az ügyfelek személyazonosító igazolványának az arckép kitarakásával készített szkennelt vagy fénymásolt másolatát. Amennyiben olyan szkennelt változatot / fénymásolatot küld az ügyfél a személyazonosító igazolványáról, amelyen az arckép nincs letakarva, akkor a Biztosítók a kapott dokumentumról olyan másolatot készítenek és tárolnak, amelyen az arckép le van takarva, majd a kapott, arcképet tartalmazó példányt megsemmisítik vagy törölik rendszereiből.

Az Általános Adatvédelmi Rendelet alapján az ügyfelek panaszt nyújthatnak be az illetékes felügyeleti hatósághoz (Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C., postacím: 1530 Budapest, Pf. 5.; e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu) a Biztosító adatkezelésével kapcsolatban. Az ügyfelek jogosultak a hatékony bírósági jogorvoslatra a felügyeleti hatóság rájuk vonatkozó, jogilag kötelező erejű döntésével szemben, vagy ha az illetékes felügyeleti hatóság nem foglalkozik a panasszal, vagy három hónapon belül nem tájékoztatja a benyújtott panasszal kapcsolatos eljárási fejleményekről vagy annak eredményéről.

Az ügyfelek hatékony bírósági jogorvoslatra jogosultak, ha megítélésük szerint a személyes adataiknak a GDPR-nak nem megfelelő kezelése következtében az adatkezelő vagy az adatfeldolgozó megsértette a GDPR szerinti jogaikat. 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.

32. Hogyan értesülhetnek az ügyfelek az adatkezelési tájékoztató változásairól?

A Biztosítók rendszeresen frissítik az adatkezelési tájékoztatójukat. A mindenkor legfrissebb verzió a Biztosítók honlapján, a www.bnpparibas.hu. érhető el elektronikus formában. Bármilyen jelentős változás esetén a Biztosítók a weboldalán keresztül vagy a szokásos kommunikációs csatornák valamelyikén tájékoztatják ügyfeleiket.

33. Kapcsolatfelvétel

A személyes adatok felhasználásával kapcsolatban az ügyfelek az adatvédelmi kapcsolattartóhoz vagy az adatvédelmi tisztviselőhöz fordulhatnak az alábbiak szerint:

- elsősorban a Biztosítók helyi adatvédelmi kapcsolattartójához az adatvedelem@cardif.hu címre küldött e-mail útján vagy a Biztosítók székhelyére (1033 Budapest, Kórház utca 6-12.) küldött levél útján, vagy
- a BNP BARIBAS CARDIF csoport adatvédelmi tisztviselőjéhez a data.protection@cardif.com címre küldött e-mail útján vagy az alábbi címre küldött levél útján:
BNP Paribas CARDIF – DPO
8 rue du Port, 92728 Nanterre -France