

## BIZTOSÍTÁSI ÜGYFÉLTÁJÉKOZTATÓ

### a Budapest Életbiztosítás kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződésről

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni a "Budapest Életbiztosítás" kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételeit, és az alábbi tájékoztatót, amelyek együttesen képezik az Ügyféléltájékoztatót.

#### A biztosítási szerződés alanyai

Szerződő:	Budapest Bank Nyrt. 1138 Budapest, Váci út 193. (a továbbiakban: Bank)
Biztosító:	ING Biztosító Zrt. 1068 Budapest, Dózsa György 84/b. (a továbbiakban: Biztosító)
Biztosított:	Az a 18-65 éves magánszemély, aki a Banknál folyószámla, hitelkártya vagy befektetési kártya szerződéssel rendelkezik és a Biztosítotti Nyilatkozat megtételével csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez.
Kedvezményezett:	A Biztosított által aláírt Biztosítotti Nyilatkozatban megnevezett személy(ek). Jelölés hiányában maga a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé, illetve a Biztosított örököse, ha a szolgáltatás a Biztosított halálát követően válik esedékessé.

#### A biztosítási események és a biztosítási szolgáltatások

	E2 csomag	E5 csomag	E10 csomag	E2+ csomag	E5+ csomag	E10+ csomag
<b>Haláleset</b>	2.000.000 Ft	5.000.000 Ft	10.000.000 Ft	2.000.000 Ft	5.000.000 Ft	10.000.000 Ft
<b>Rokkantság</b>	–	–	–	1.000.000 Ft	2.500.000 Ft	5.000.000 Ft
<b>Kritikus betegségek</b>	–	–	–	1.000.000 Ft	2.500.000 Ft	5.000.000 Ft

Kritikus betegségeknek minősül a rosszindulatú daganat, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa, AIDS diagnosztizálása; továbbá koszorúérműtét, szervátültetés végrehajtása; valamint veselégtelenség fellépése.

#### A biztosítási szolgáltatás havi díja és díjfizetése

Életkor csatlakozáskor	E2 csomag	E5 csomag	E10 csomag	E2+ csomag	E5+ csomag	E10+ csomag
<b>18 – 30 év</b>	600 Ft	1.350 Ft	2.400 Ft	1.200 Ft	2.700 Ft	4.800 Ft
<b>31 – 40 év</b>	800 Ft	1.800 Ft	3.200 Ft	1.600 Ft	3.600 Ft	6.400 Ft
<b>41 – 50 év</b>	1.200 Ft	2.700 Ft	4.800 Ft	2.400 Ft	5.400 Ft	9.600 Ft
<b>51 – 60 év</b>	2.000 Ft	4.500 Ft	8.000 Ft	4.000 Ft	9.000 Ft	16.000 Ft
<b>61 – 65 év</b>	3.000 Ft	6.750 Ft	12.000 Ft	6.000 Ft	13.500 Ft	24.000 Ft

<b>Díjfizetés</b>	Módja:	Csoportos beszedési megbízás
	Rendszeressége:	Havi
	Díj esedékessége:	A biztosítás első díja a kockázatviselés kezdetét követő naptári hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes.

#### A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók

Kockázatviselés kezdete:	A Biztosítotti Nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra.
Biztosítás időtartama:	A kockázatviselés azon naptári év december 31-ig tart, amelyik évben a Biztosított betölti a 65. életévét.
Biztosítás felmondása a Biztosított által:	A Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül. 30 napon túl a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármely naptári hónap végére, 15 napos értesítési határidővel.
Biztosítás megszűnése:	Díj nemfizetése esetén az esedékességtől számított 60. napon, továbbá az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 6. pontja szerint.
A Biztosító teljesítésének határideje:	Az elbíráláshoz szükséges valamennyi okmányok a Biztosító székhelyére való beérkezése után 30 naptári napon belül.
Legfontosabb kizárások, mentesülések:	A Biztosító nem teljesít kifizetést, ha <ul style="list-style-type: none"> <li>• a kockázatviselés első 2 évében bekövetkezett biztosítási esemény egy már meglévő betegség következménye;</li> <li>• a Biztosított szándékos magatartása, súlyos bűncselekménye, öngyilkossági kísérlete, alkoholos vagy kábítószeres befolyásoltsága következtében, vagy ezen szerek hatása alatt történt a biztosítási esemény;</li> <li>• nem szervezett légi forgalom keretében történő repülőtevékenység (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés) során történt a biztosítási esemény.</li> </ul> A további kizárásokat és mentesüléseket az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 10., 11., 17., 18. és 20.§-ai tartalmazzák.
Biztosítási esemény bejelentése:	A Biztosított vagy halála esetén a Biztosított hozzátartozója köteles a biztosítási eseményt a bekövetkezését követő 15 napon belül bejelenteni a Biztosítónak az alábbi címen, illetve telefonszámon: ING Biztosító Zrt., Életbiztosítási Szolgáltatások Cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B. Telefon: 06-40-464-464 (ING TeleCenter) A biztosítási szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje: 2 év

#### Függő Biztosításközvetítő adatai

Biztosításközvetítő neve,	Budapest Bank Nyrt.
PSZÁF nyilvántartási száma, székhelye:	205031620728, 1138 Budapest, Váci út 193.
Biztosító, aki részére a biztosításközvetítő tevékenységet végzi, székhely állama:	ING Biztosító Zrt. Magyarország
Biztosításközvetítő felügyeleti hatósága:	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (PSZÁF)
Panasztétel lehetősége:	Az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 13. pontja szerint.

## „BUDAPEST ÉLETBIZTOSÍTÁS” KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOKKAL RENDELKEZŐ CSOPORTOS ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ÁLTALÁNOS ÉS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI

A jelen szabályzatban foglalt Általános és Különös Biztosítási Feltételek – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az ING Biztosító Zrt. (1068 Budapest Dózsa György út 84/b, a továbbiakban: Biztosító) és a Budapest Bank Nyrt. (1138 Budapest, Váci út 193) között létrejött „Budapest Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződésre (továbbiakban: Csoportos Biztosítás) együttesen érvényesek.

### Általános Biztosítási Feltételek

#### 1. A biztosítási szerződés alanyai

*Szerződő:* Budapest Bank Nyrt. (a továbbiakban: Bank)

*Biztosított:* az a természetes személy, akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön. Biztosítottá válik az a 18 és 65 év közötti személy, aki a Banknál bankszámla, hitelkártya vagy befektetési kártya (együtt: Fizető Számla) szerződéssel rendelkezik és a Csoportos Biztosításhoz írásbeli, vagy szóbeli – a Bank vagy megbízottja telefonos ügyfélszolgálatára részére tett, a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített – Biztosított Nyilatkozattal csatlakozik, és ezzel vállalja a rá eső biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetését. Egy Biztosított csak egy Fizető Számla szerződésen keresztül csatlakozhat a Csoportos Biztosításhoz, és abba szerződőként nem léphet be. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a csatlakozáskor a hatályos TB jogszabályok szerint rokkantsági ellátásban, vagy rehabilitációs járadékban nem részesül.

*Kedvezményezett:* a Biztosító teljesítésére jogosult személy, aki lehet

- a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé, illetve a Biztosított örököse, ha a szolgáltatás a Biztosított halálát követően válik esedékessé, feltéve, hogy az írásbeli Biztosított Nyilatkozatban nem neveztek meg eltérő Kedvezményezettet,
- b. a Biztosított által aláírt Biztosított Nyilatkozatban megnevezett személy vagy személyek.

*Biztosító:* ING Biztosító Zrt.

#### 2. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

2.1. A Biztosított a Különös Biztosítási Feltételek 23. pontjában szereplő életbiztosítási csomagok közül választhat. A Biztosító az alábbi biztosítási kockázatokra nyújt szolgáltatást:

Életbiztosítási alapszolgáltatás

- A Biztosított bármely okból bekövetkező halála

Kiegészítő egészségbiztosítási szolgáltatások

- A Biztosított teljes és végleges munkaképesség csökkenése (rokkantság)
- Meghatározott betegségek diagnosztizálása, illetve műtéti beavatkozások elvégzése (kritikus betegségek)

2.2. A Bank és a Biztosított köteles a Biztosító Biztosított Nyilatkozatban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszzal a közlési kötelezettségének eleget tenni, így különösen nyilatkozni azzal kapcsolatban, hogy a biztosítottá válás 1. pont szerinti feltételeinek a leendő Biztosított megfelel-e. A valóságnak nem megfelelő válaszok, illetve nyilatkozatok esetén a Bankra és a Biztosítottakra egyaránt vonatkoznak a Polgári Törvénykönyvben foglalt, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó előírások, melyek következtében a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége adott esetben nem áll be.

#### 3. A biztosítás tartama

A Csoportos Biztosítás határozatlan tartamra jött létre. Azon belül az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonyának biztosítási tartama biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak egy naptári hónap.

#### 4. A kockázatviselés kezdete

A Biztosító kockázatviselése a Biztosított Biztosított Nyilatkozatának megtételét követő nap 0 órától kezdődik. Új befektetési kártya vagy hitelkártya igénylésénél azzal a feltétellel kezdődik meg a Biztosító kockázatviselése a fenti időpontban, hogy a Biztosított új befektetési kártyaigénylését illetve hitelkártya-igénylését a Bank utóbb elfogadja. Új befektetési kártya vagy hitelkártya igénylés elutasítása esetén a biztosítási jogviszony nem jön létre és a Biztosító kockázatviselése sem kezdődik meg.

#### 5. A biztosítási díj

5.1. A biztosítás havi díjú. A biztosítás díjának megfizetésére kizárólag csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazás megadása útján van lehetőség. Ennek érdekében a Biztosított a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával egyidejűleg köteles csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazást adni a Biztosító, mint jogosult javára a Banknál vezetett Fizető Számlájára terhére a Bankon keresztül. A Bank a biztosítás díjával a Biztosított csoportos beszedési megbízása alapján esedékességgel megterheli a Biztosított Banknál vezetett Fizető Számláját, és a díjat a Biztosítónak a Banknál vezetett bankszámláján jóváírja.

5.2. Fizető Számla és/vagy a biztosítás díjának beszedésére szolgáló csoportos beszedési felhatalmazás hiányában a 6. pontban foglaltak szerint a Biztosított biztosítási jogviszonya és azzal a Biztosító adott Biztosított vonatkozásában fennálló kockázatviselése megszűnik.

5.3. A kockázatviselés kezdete és a kockázatviselés kezdete hónapjának utolsó napja közötti tört (biztosítási) időszakra vonatkozóan a Biztosítottnak nincs díjfizetési kötelezettsége. Ezt követően a biztosítás havi díja előre, annak az időszaknak a nyolcadik napján esedékes, amelyre vonatkozik. A biztosítás első havi díja a kockázatviselés kezdetét követő naptári hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes.

5.4. A biztosítási díj annak a hónapnak a végéig terheli a Biztosítottat, és fizetendő, amelyben a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik.

## 6. Az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

6.1. A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik

- azon naptári év december 31-én, amelyik évben a Biztosított eléri 65. életévét,
- a Biztosított halálával,
- a biztosítási díj esedékességétől számított 60. napon, amennyiben a biztosítási díj eddig az időpontig nem kerül kifizetésre,
- a Biztosított 7. pontban meghatározott feltételek szerinti felmondása esetén,
- ha a Biztosító rokkantságra vagy kritikus betegségre vonatkozó kockázatviselése közül bármelyik megszűnik, úgy a másik kockázatra vonatkozó kockázatviselés is megszűnik, és a Biztosító kockázatviselése a továbbiakban csak a halálesetre vonatkozik.

6.2. Amennyiben a Biztosított Fizető Számla szerződése, amire tekintettel a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, megszűnik, úgy a Biztosított köteles újabb csoportos beszedési megbízást adni a Banknál vezetett másik Fizető Számlája terhére. Ha a Biztosított nem rendelkezik másik Fizető Számlával, vagy nem gondoskodik újabb csoportos beszedési megbízás megadásáról és ennek következtében a biztosítás díja az esedékességétől számított 60. napig nem kerül megfizetésre, úgy a Biztosított biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosítottnak a Biztosított vonatkozásában fennálló kockázatviselése a fenti 6.1.c) pont alapján az ott meghatározott időpontban megszűnik.

## 7. Felmondás

7.1. A Biztosított a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, biztosítási jogviszonyát indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal felmondhatja (a továbbiakban: Csatlakozást Követő Felmondás). A felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a Biztosított a 30 napos határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a Bank által megadott címre elküldi. A határidőn túl elküldött felmondás Rendes Felmondásnak minősül. A Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Biztosító a Biztosított által már megfizetett díjat a Biztosított részére a felmondás kézhezvételétől számított 30 napon belül visszafizeti a Biztosított Fizető Számlájára. Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Biztosító kockázatviselése annak a napnak 24 órájakor szűnik meg, amikor a Biztosított felmondását kézhez kapta.

7.2. A Biztosított a 7.1. pont szerinti 30 napos időszakot követően biztosítási jogviszonyát a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja (a továbbiakban: Rendes Felmondás). Rendes Felmondás esetén a Biztosított biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése az alábbi időpontokban szűnik meg:

Amennyiben a Biztosított Rendes Felmondásról szóló írásbeli nyilatkozata

- a hónap 15. napjáig megérkezik a Bankhoz, akkor az írásbeli nyilatkozat Bankhoz való beérkezése hónapjának utolsó napján 24 órákor;
- a hónap 15. napját követően érkezik meg a Bankhoz, akkor az írásbeli nyilatkozat Bankhoz való beérkezését követő hónap utolsó napján 24 órákor. A Biztosított mindkét esetben kockázatviselésének tényleges megszűnéséig illeti meg a biztosítási díj.

## 8. Maradékjogok

A biztosításhoz maradékjogok nem kapcsolódnak, tehát az nem visszavásárolható és díjmentesen nem leszállítható. A biztosításra kötvénykölcsön nem nyújtható.

## 9. A Biztosító teljesítése

9.1. A biztosítási eseményt a bekövetkezéstől számított 15 napon belül a Biztosítónak be kell jelenteni, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A Biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Biztosított ezen kötelezettségét nem teljesíti és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné váltak.

9.2. A Csoportos Biztosítás Különös Biztosítási Feltételeiben meghatározott biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a következő okmányok bemutatása szükséges:

- a Biztosító igénybejelentő nyomtatványa,
- hivatalos bizonyítvány a Biztosított születésének napjáról,
- olyan hivatalos okirat, amely bizonyítja, hogy a biztosítási esemény bekövetkezett:
  - elhalálozás esetén a halál tényét tanúsító okirat, a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
  - orvosi kezelés esetén az erről kiadott okirat,
  - hatósági eljárás esetén a nyomozást megszüntető vagy megtagadó jogerős határozat vagy vádirat,
  - ha az örökös a Kedvezményezett, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg öröklési bizonyítvány,
  - azok az egyéb okiratok, amelyek a jogosultság, továbbá a biztosítási esemény megállapításához és ellenőrzéséhez szükségesek,
  - ha a biztosítási esemény külföldön történt, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítása.

- 9.3. A Biztosító szükség esetén egyéb igazolásokat is bekérhet, illetve bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- 9.4. A Biztosító teljesítése a jelen paragrafusban meghatározott valamennyi okmánynak a Biztosító székhelyére való beérkezése után 30 naptári napon belül esedékes.
- 9.5 Az esedékes és meg nem fizetett díjakat a Biztosító a biztosítási összegből levonhatja.
- 9.6 A biztosítási eseményt az alábbi címen és telefonszámon lehet bejelenteni:

**ING Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság**  
**Életbiztosítási Szolgáltatások**  
**1068 Budapest, Dózsa György út 84/B**  
**Telefonszáma 06-40-464-464 (ING TeleCenter)**

## 10. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

- 10.1 A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a biztosítási eseményt a Kedvezményezett szándékosan okozta.
- 10.2 A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg abban az esetben, ha a Biztosított
- a szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
  - a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.
- 10.3 A kiegészítő biztosítások vonatkozásában a Biztosító mentesül a szolgáltatás alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha
- a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
  - a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt,
  - ha a biztosítási esemény öngyilkossági kísérlet, alkoholizmus, alkoholos befolyásoltság, kábítószer vagy egyéb vegyi anyag kábító- vagy bódítószerként való alkalmazása következtében alakult ki.
- 10.4 Jelen feltételek alkalmazásában alkoholizmusnak minősül a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikuspszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóros tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.

## 11. Kizárások

- 11.1. A Biztosító kockázatviselése a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett. Jelen pontban meghatározottakat a Biztosító csak a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 évre vonatkozóan vizsgálja.
- 11.2. A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a Biztosított halála, balesete, betegsége gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következett be.
- 11.3. A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete, betegsége nem szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott légi úton vagy körrepülésen való részvétel, hanem egyéb jellegű repülőtevékenység (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, egyéb sportrepülés, mezőgazdasági repülés, stb.) következménye.
- 11.4. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll
- harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel,
  - felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal,
  - radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést, vagy
  - HIV fertőzéssel, kivéve a Kritisks betegségekre szóló biztosítás különös feltételeiben szabályozott AIDS-ben való megbetegedést, feltéve hogy a Biztosított a kockázatviselés kezdetekor nem volt HIV fertőzött.
- 11.5. Jelen feltételek alkalmazásában harci cselekménynek minősül a háború, határviellongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, népi megmozdulás (pl. nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk), idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.

## 12. Elévülés

A biztosításból eredő biztosítási igények az esedékességtől számított két év alatt elévülnek.

## 13. A panaszok bejelentése

A Biztosítottak esetleges panaszukkal az **ING Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság Ügyfélszolgálati Igazgatóságához** (címe: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, postacíme: 1364 Budapest, Pf.: 247, elektronikus eléréssel a [biztosito.panasz@ing.hu](mailto:biztosito.panasz@ing.hu) e-mail címen, telefonszáma: 06-40-464-464 (ING TeleCenter), faxeszáma: 267-4833), illetve a **Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez** (címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., postacíme: 1535 Budapest, 114. posta Pf.: 777, telefonszáma: 489-9100), továbbá a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (címe: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., postacíme: 1525 Budapest BKKP, Pf.: 172., elektronikus formában az ügyfélkapun keresztül: [www.magyarorszag.hu](http://www.magyarorszag.hu)) fordulhatnak. A panasz, illetve a jogvita rendezésének sikertelensége esetén bírói út igénybevétele lehetséges.

#### 14. Adatkezelés

14.1 A Biztosított a biztosítási jogviszonyának tartama alatt köteles a Banknak a változást követő 5 napon belül, a Bank pedig a Biztosítónak 30 napon belül bejelenteni a Csoportos Biztosításban, Biztosítotti Nyilatkozatban közölt, vagy egyéb lényeges adatok változását. Lényeges adat az, amire a Biztosító a csatlakozás során rákérdez.

14.2 A Szerződő, a Biztosított és a Kedvezményezett által bármilyen formában megadott személyes adatot a Biztosító biztosítási titokként kezeli és dolgozza fel. A személyes adatokat a Biztosító a Csoportos Biztosítás létrehozásával, kezelésével és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárása, biztosítási szolgáltatási tevékenységének elősegítése, valamint a jogszabályokban meghatározott adatszolgáltatási kötelezettségének teljesítése érdekében használja fel.

14.3 A Biztosítotti Nyilatkozat aláírásával/megadásával a Biztosított beleegyezik abba, hogy az őt kezelő orvosok, kórházak és egyéb egészségügyi intézmények a Biztosító kérésére kárrendezés céljából információt bocsássanak rendelkezésre, ennek érdekében a Biztosított az őt kezelő orvosokat, kórházakat és egyéb egészségügyi intézményeket a szükséges mértékben, felmenti az orvosi titoktartási kötelezettség alól.

14.4 A Biztosítotti Nyilatkozat megadásával/ aláírásával a Biztosított önkéntesen, határozottan és tájékozottan kinyilvánítja beleegyezését az őt érintő, 14.5 pontban megadott adatok feldolgozásába, nyilvántartásába és kezelésébe.

14.5 A Biztosító feladatai ellátásához az alábbi adatokat jogosult kezelni a szerződés tartama és az elévülési idő alatt:

- A Biztosított, a Szerződő, a Kedvezményezett személyes adatait
- A biztosítási összeget
- Az egészségi állapottal összefüggő adatokat
- A kifizetett biztosítási összeget és a kifizetés idejét
- A biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tényt és körülményt

14.6 A fenti, biztosítási titkot képező adatok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak. Az adatokat a Biztosító alkalmazottai kezelik. Az egészségi állapottal összefüggő adatokat kárrendezés céljából a Biztosító vezető orvosa és az ezen tevékenységet a Biztosító részére végző orvosok is, valamint a viszontbiztosító megkaphatják.

14.7 Biztosítási titok (biztosítási titkot képező adat) csak akkor adható ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad. A titoktartási kötelezettség azonban nem áll fenn (a biztosítási törvényben meghatározott feltételek mellett) az alábbi hatóságok vonatkozásában: feladatkörében eljáró Felügyelet; nyomozóhatóság, ügyészség; bíróság, önálló bírósági végrehajtó; közjegyző; adóhatóság; nemzetbiztonsági szolgálat; Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság; titkosszolgálati eszközök alkalmazására felhatalmazott szerv; kötvény-nyilvántartást vezető hivatal, a feladatkörében eljáró országgyűlési biztos. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a viszontbiztosítóval, állomány-átruházás esetén az átvevő Biztosítóval, a kiszervezéshez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben.

14.8 A Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozat aláírásával/megadásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a hatályos jogszabályokban foglaltaknak megfelelően a közölt adatait, köztük a Biztosított egészségi adatait kárrendezési, nyilvántartási és statisztikai célokra felhasználja és kezelje, amelyekre biztosítási titokvédelem vonatkozik.

14.9 A Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) által kezdeményezett adathelyesbítéseket nyilvántartásaiban átvezetni. A Biztosított jogosult a vele kapcsolatban elvégzett orvosi vizsgálat eredményeit az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.

14.10 A Biztosító a biztosítási jogviszony fennállásának idején, illetve mindaddig kezelheti a személyes adatokat, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

#### 15. Egyéb rendelkezések

15.1 A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el székhelyére, ide nem értve a telefonon keresztül tett Biztosítotti Nyilatkozatot, és a Biztosított által a Banknál megtett egyéb nyilatkozatokat, melyeket a Bankkal való közlés pillanatában a Biztosítóval is közöltnek kell tekinteni.

15.2 A Biztosító által a Banknak, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére ajánlott levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.

15.3 A biztosító a kockázati életbiztosításra tekintettel tőke-, illetve hozamgaranciát nem vállal. Az adózási tudnivalókat a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény tartalmazza.

15.4 Az egyes kockázatokra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek a jelen Általános Életbiztosítási Feltételekkel együtt érvényesek.

15.5 A jelen biztosítási szerződésre a mindenkor hatályos magyar jogszabályok irányadók.

## Különös Biztosítási Feltételek

### A főbiztosítás szolgáltatása

#### *Kockázati életbiztosítás*

#### **16. Az alapbiztosítás szolgáltatása**

16.1 Ha a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt meghal, a Biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére, és a kifizetéssel a Csoportos Biztosítás szerinti biztosítási fedezet az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

16.2 Amennyiben a Biztosított ugyanazon okból kifolyólag már részesedett a Kritikus betegségekre szóló biztosítás szolgáltatásában és a két biztosítási esemény egymáshoz képest 30 napon belül következett be, a Biztosító a jelen haláleseti biztosításra fizetendő összegből a Kritikus betegségekre szóló biztosításra már kifizetett összeget levonja.

### Kiegészítő egészségbiztosítási szolgáltatások

#### *Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás*

#### **17. A biztosítási szolgáltatás**

17.1 Amennyiben a Biztosító orvosa az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézetének vagy a Biztosító által kijelölt orvosszakértői bizottságnak a határozata alapján a Biztosítottnál a társadalombiztosításról szóló mindenkor hatályos jogszabály\* szerinti – I. vagy II. rokkantsági csoportnak, illetve – baleseti eredetű III. rokkantsági csoportnak megfelelő egészségkárosodást (rokkantságot) állapít meg (megállapítva a rokkantság bekövetkezésének időpontját is), a Biztosító a biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére, és a kifizetéssel e biztosítás az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

17.2 Az a munkaképesség-csökkenéshez vezető régebbi eredetű maradandó egészségkárosodás, amely az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetén már fennállt, a rokkantság megállapításakor nem vehető figyelembe.

17.3 Jelen feltételek szerint balesetnek minősül a Biztosított akaratától független, hirtelen fellépő olyan külső hatás, amely a Biztosított egy éven belüli halálát, rokkantságát okozza. Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőzés, a rovarcsípés, a fagyás, a napszúrás, a nap általi égés, a hóguta és az orvosi műhiba. Nem minősül balesetnek a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete.

#### **18. A Biztosított kötelezettségei**

18.1 A Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén köteles

- a. haladéktalanul orvosi kezelést igénybe venni és tőle telhetően mindent elkövetni felgyógyulása érdekében,
- b. együttműködni a feltételek igazolásában (így például a biztosítási esemény elbírálásához szükséges minden felvilágosítást megadni, iratait benyújtani),
- c. tartózkodni minden körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a rokkantság mértékének megállapítása szempontjából.

18.2 A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztekor úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, ennek megfelelően haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe venni, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Gondoskodni kell a megfelelő ápolásról és baleset esetén annak következményeinek lehetőség szerinti csökkentéséről. Mentessül a Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól annyiban, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.

#### *Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás*

#### **19. A biztosítási szolgáltatás**

19.1 A Biztosító a Kedvezményezett részére a biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 90 nap eltelte után a Biztosítottal az alábbi események valamelyike történik:

- rosszindulatú daganatban való megbetegedés diagnosztizálása,
- szívinfarktus diagnosztizálása,
- agyi érkatasztrófa diagnosztizálása,
- koszorúérműtét végrehajtása,
- szervátültetés végrehajtása,
- veseelégtelenség fellépése,
- AIDS-ben való megbetegedés diagnosztizálása.

19.2 A fenti biztosítási eseményekkel összefüggésben fizetendő biztosítási összeg kifizetésével e kiegészítő biztosítás az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

19.3 A Biztosítottnak a biztosítás tartamán belül, az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 90 nap eltelte előtt rosszindulatú daganat, AIDS-ben való megbetegedés, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa diagnosztizálása, illetve koszorúérműtét, szervátültetés vagy veseelégtelenség fellépése esetén jelen biztosítás az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik. A megszűnés időpontjára a 21. pontban foglaltak az irányadók.

\* Jelenleg a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény.

## 20. Betegségdefiníciók és kizárások

20.1 **Roszzindulatú daganat** a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése és szövetek közötti terjedése. A rosszindulatú daganat meghatározás magában foglalja az egyéb szervi daganatok mellett

- a nyirokszövet rosszindulatú daganatait (Hodgkin- és Non-Hodgkin-lymphoma)
- a vérrákot (leukémia) a krónikus lymphoid leukémia kivételével
- a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatát (melanoma malignum).

A biztosítás nem terjed ki:

- a helyi, a környezetét nem elárasztó, úgynevezett lokális daganatokra (carcinoma in situ);
- a melanoma malignumon kívüli bármilyen bőrrákra;
- a körülírt, nem a környezetébe törő olyan daganatokra, melyek a korai rosszindulatúvá válás jeleit mutatják;
- HIV fertőzés mellett fellépő bármely daganatra.

20.2 A **szívinfarktus** a szívizomzat egy részének minden réteget érintő – transmurális – elhalása, amelyet a megfelelő terület hirtelen kialakuló vérellátási elégtelensége okoz.

20.3 **Agyi érkatasztrófa** az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés, agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia, amelynek akut idegrendszeri tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak és maradandó – ideggyógyászati szakvizsgálattal igazolható - idegrendszeri tüneteket okoznak. A biztosítás nem terjed ki a balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.

20.4 **Koszorúérműtét** az a nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja a koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése lábszárvenéből vett érpótlással, illetve mellkasi ér beültetésével. A biztosítás nem terjed ki a nem nagysebészeti megoldásokra, melyek közül ma ismert a ballonkatéterrel végzett tágitás, illetve a koszorúér részleges vagy teljes elzáródásának lézeres kezelése. A műtét sürgősségét, illetve orvosilag indokolt voltát igazolni kell.

20.5 **Szervátültetés** az a szív-, szív-tüdő-, máj-, illetve veseátültetés, ahol a Biztosított mint szervet kapó (recipiens) szerepel. A biztosítás a szervet adóra (donor) nem terjed ki. A biztosítás csontvelő-, illetve hasnyálmirigy-átültetésre nem terjed ki.

20.6 A **veseelégtelenség** mindkét vese működésének tartós, krónikus, visszafordíthatatlanul beszűkült, végállapotot jelző funkcióját jelenti, mely dialíziskezelést tesz szükségessé.

20.7 **AIDS**-nek minősül az, ha a HIV fertőzött vérben a CD4+ (limfociták) sejtek száma tartósan 200/-l alatt marad és opportunista – az emberben meglévő, egyébként ártalmatlan kórokozók okozta – fertőzés járul hozzá.

## 21. A biztosítási esemény bekövetkezése

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

- rosszindulatú daganatban való megbetegedés esetén a betegség diagnosztizálásának időpontja;
- szívinfarktus, agyi érkatasztrófa esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja;
- koszorúérműtét, szervátültetés esetén a műtét időpontja;
- veseelégtelenség fellépése esetén a dialíziskezelés megkezdése utáni 60 nap letelte;
- AIDS-ben való megbetegedés esetén a betegség definíciójának megfelelő betegség diagnosztizálás időpontja.

## 22. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

22.1 A Biztosító a biztosítási összeget a megbetegedés bekövetkeztét, illetve a műtét elvégzését igazoló alábbi dokumentumok együttes megléte esetén, az utolsó dokumentum rendelkezésre állásától számított 30 napon belül fizeti ki:

- **Roszzindulatú daganat** esetén a Biztosítottnak bizonyítékot kell szolgáltatnia arra nézve, hogy a rákos daganat a környező szöveteket elárasztotta. A rosszindulatúság igazolására szövettani lelet szükséges.
- A **szívinfarktus** bizonyításához szükséges:
  - típusos mellkasi fájdalom a kórtörténetben;
  - az infarktust igazoló jellegzetes EKG elváltozások, melyek egyértelműen összefüggésbe hozhatók a káreseménnyel;
  - a szívzenimértékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok.
- Az **agyi érkatasztrófa** elfogadásához 60 napon túl fennálló, maradandó idegrendszeri károsodás megléte szükséges, amelyet ideggyógyász szakvéleménye igazol.
- A **koszorúérműtét** előtt készített koszorúérfestés (coronariographia) leletét be kell mutatni. Amennyiben a műtétet nem Magyarországon végzik el, úgy a Biztosító orvosszakértőivel való műtét előtti konzultáció a káresemény elfogadásának feltétele. A kárigény elfogadásához szükséges a műtéttel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció (kórházi jelentés, műtéti leírás) bemutatása.
- Amennyiben a **szervátültetés** nem Magyarországon végzik, úgy a Biztosító orvosszakértőivel való műtét előtti konzultáció a káresemény elfogadásának feltétele. A kárigény elfogadásához szükséges a szervátültetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció (kórházi jelentés, műtéti leírás) bemutatása.
- A **veseelégtelenség** a Biztosított számára rendszeres, legalább 60 napja tartó dialíziskezelést jelent, amelyet a Biztosítottnak igazolnia kell.
- Az **AIDS** definíciójában meghatározottakat igazoló vérvételi eredmények bemutatása, és infektológus szakorvos igazolása az AIDS fennállásáról.

22.2 A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvosszakértője bírálja el.

### 23. Választható életbiztosítási csomagok által fedezett biztosítási események és biztosítási összegek

	E2	E5	E10	E2+	E5+	E10+
<b>Kockázati életbiztosítás</b>	2.000.000 Ft	5.000.000 Ft	10.000.000 Ft	2.000.000 Ft	5.000.000 Ft	10.000.000 Ft
<b>Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás</b>	-	-	-	1.000.000 Ft	2.500.000 Ft	5.000.000 Ft
<b>Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás</b>	-	-	-	1.000.000 Ft	2.500.000 Ft	5.000.000 Ft

23.1 A Biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt biztosítási csomagot válthat. Az új biztosítási csomag az igény Bankhoz történő bejelentését követő hónap első napjától érvényes, az új biztosítási csomagra vonatkozó díj a bejelentést követő hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes.

23.3 Az eredetinel magasabb biztosítási összegű csomagra történő váltás esetén a biztosítási összeg növekményére vonatkozóan, továbbá az eredetinel több kiegészítő biztosítási szolgáltatást tartalmazó csomagra történő váltás esetén az újonnan felvett biztosítási szolgáltatásokra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselésének kezdete az új biztosítási csomag érvényességének kezdete.

*Budapest, 2011. július 1.*