

Hatályos: 2015. április 1-től

Biztosítási Ügyfél-tájékoztató a Budapest Balesetbiztosítás baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítás szerződésről

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni a „Budapest Balesetbiztosítás” baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételeit és az alábbi tájékoztatót, amelyek együttesen képezik az Ügyfél-tájékoztatót.

A biztosítási szerződés alanyai

Szerződő:	Budapest Bank Zrt. 1138 Budapest, Váci út 193. (a továbbiakban: Bank)			
Biztosító:	NN Biztosító Zrt. 1068 Budapest, Dózsa György 84/B. (a továbbiakban: Biztosító)			
Biztosított:	Fő-biztosított	Az a 18–65 éves természetes személy, aki a Banknál fizetésiszámla-, hitelkártya- vagy befektetési kártya-szerződéssel rendelkezik, és a Biztosítotti nyilatkozat megtételével csatlakozik a Csoportos Biztosítási szerződéshez.		
	Egyéb Biztosított(ak) (Családi csomag)	Házastárs, bejegyzett élettárs, illetve élettárs Gyermek	Életkor: 18–65 év Életkor: maximum 18 év	A Biztosító térítésének feltétele az Egyéb Biztosított élet-társra, valamint annak gyermekeire vonatkozóan az élettárs Főbiztosítottal azonos bejelentett állandó lakcíme a Biztosított élettárral és gyermekeivel kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkeztének időpontjában.

A biztosított által aláírt Biztosítotti Nyilatkozatban megnevezett személy(ek).
A Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé. A Főbiztosított halála esetén a Főbiztosított által aláírt Biztosítotti Nyilatkozatban a Főbiztosított halála esetére megnevezett személy(ek), ennek hiányában az örököse. Egyéb Biztosított esetén az Egyéb Biztosított örököse, ha a szolgáltatás az Egyéb Biztosított halála miatt válik esedékessé.

A biztosítási események és a biztosítási szolgáltatások

	B5 csomag	B10 csomag	B15 csomag	B20 csomag
Baleseti Halál	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti Rokkantság (a maradandó egészség- károsodás és a hozzá rendelt térítési százalékától függően maximum)	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti műtéti térítés	50 000 Ft	100 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft
Baleseti csonttörés, csontrepedés	5 000 Ft	10 000 Ft	15 000 Ft	20 000 Ft
Bármely okú halál	100 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft

A biztosítási szolgáltatás havi díja és díjfizetése

Fedezet típusa	B5 csomag	B10 csomag	B15 csomag	B20 csomag
Egyéni	600 Ft	1 150 Ft	1 650 Ft	2 150 Ft
Családi	1 200 Ft	2 300 Ft	3 300 Ft	4 300 Ft

Díjfizetés	Módja:	Csoportos beszédési megbízás
	Rendszeressége:	Havi
	Díj esedékessége:	A biztosítás első díja a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozást követő naptári hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes.

A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók

Kockázatviselés kezdete:	A Biztosított Nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra.
Biztosítás időtartama:	Adott Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés azon naptári év december 31-éig tart, amelyik évben a Biztosított betölti a rá vonatkozó maximális életkort.
Biztosítás felmondása a Főbiztosított 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 okmány Biztosító székhelyére való beérkezését követő 30 naptári napon belül.
Legfontosabb kizárások, mentesülések:	A Biztosító nem teljesít kifizetést, ha <ul style="list-style-type: none">a kockázatviselés első 2 évében bekövetkezett biztosítási esemény egy már meglévő betegség következménye;a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg a Biztosított;a balesetbiztosítási esemény a Biztosított szándékos magatartása, súlyos bűncselekménye, öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, súlyos gondatlanság miatt következik be;a biztosítási esemény nem szervezett légi forgalom keretében történő repülőtevékenység (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés) során következik be.A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a nem térített műtétekre. A további kizárásokat és mentesüléseket az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 9., 10. és 19. pontjai tartalmazzák.
Biztosítási esemény bejelentése:	A Biztosított/Kedvezményezett köteles a biztosítási eseményt a bekövetkezését követő 15 napon belül bejelenteni a Biztosítóknak az alábbi címen, illetve telefonszámon: NN Biztosító Zrt., Életbiztosítási Szolgáltatások Cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B. Telefon: 06-40-464-464 (NN TeleCenter)
	A biztosítási szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje: 2 év.
Panasztétel lehetősége:	Az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 13. pontja szerint.

Tájékoztató a Fügő Biztosításközvetítő adatairól

Fügő biztosításközvetítő (ügynök) neve: **Budapest Hitel- és Fejlesztési Bank Zártkörűen Működő Részvénytársaság** (a továbbiakban: Budapest Bank)
Székhelye: 1138 Budapest, Váci út 193.
A székhely állama: Magyarország
A biztosításközvetítő felügyeleti hatósága: Magyar Nemzeti Bank (MNB)
Felügyeleti nyilvántartási száma: 205031620728
A nyilvántartás az MNB honlapján (www.mnb.hu) tekinthető meg.

A Budapest Bank nem rendelkezik minősített többségi befolyással az NN Biztosító Zrt.-ben. Az NN Biztosító Zrt. vagy annak anyavállalata nem rendelkezik minősített befolyással a Budapest Bankban.

A Budapest Bank és az általa közvetítésre igénybe vett, vele munkaviszonyban, megbízási, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló személy biztosítási termékek közvetítői tevékenysége során okozott kárért vagy felmerült sérelemdíj megfizetéséért az a biztosító felelős, amely termékének közvetítése során az ügynök a kárt okozta.

Azon biztosítók és biztosítási termékek megnevezése, amelyek részére a biztosításközvetítő a fügő biztosításközvetítői tevékenységét végzi, valamint amely termékek vonatkozásában erre jogosult:

Biztosítók megnevezése	Biztosítási termékek
NN Biztosító Zrt.	„Budapest Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosítással rendelkező csoportos életbiztosítás „Budapest Balesetbiztosítás” baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítás
UNIQA Biztosító Zrt.	Hitelfedezeti biztosítás
CARDIF Biztosító Magyarország Zrt.	Budapest Jövedelembiztosítás
MetLife Biztosító Zrt.	Hitelfedezeti Biztosítás
Vienna Life Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.	Budapest Utasbiztosítás
Generali Biztosító Zrt.	Lakásbiztosítás
AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.	Lakásbiztosítás

A „Budapest Életbiztosítás” és a „Budapest Balesetbiztosítás” termékek biztosításközvetítői tevékenysége során a Budapest Bank az NN Biztosító Zrt. megbízásából jár el.

A Budapest Bank a „Budapest Életbiztosítás” és a „Budapest Balesetbiztosítás” biztosítási termék közvetítése során az ügyféltől díjat nem vesz át.

A Biztosítottak Fizető Számláinak az aktuálisan esedékes havi biztosítási díjjal való Bank általi megterhelése, a közvetített termékek alkalmazásában nem minősül a Bit. 33. § (5) bekezdése szerinti biztosítási díj ügyfelektől való átvételének.

A Budapest Bank a biztosításközvetítői tevékenysége során a biztosítótól ügyfélnek járó összeg kifizetésében nem jogosult közreműködni, ügyfélnek járó összeget nem vehet át.

Fogyasztói panaszok, felügyeleti szerv, bíróság:

A Budapest Bank biztosításközvetítési tevékenységével kapcsolatos panasz írásban a Budapest Bank Zrt.-nél mint a panasz elbírálására jogosult szervénél (Panaszkezelés, tel.: +36-1-477-7777, +36-20-9-477-777, +36-30-9-477-777, +36-70-5-477-777, e-mail: info@budapestbank.hu, vagy a honlapon keresztül: www.budapestbank.hu), illetve a Magyar Nemzeti Banknál mint felügyeleti szervnél tehető.

A Bank/Biztosító felügyeleti szerve: **Magyar Nemzeti Bank**, amelynek postacíme: 1534 Budapest BKKP, Pf. 777, telefonszáma: 06-40-203-776, e-mail címe: ugyfelszolgalat@mn.hu.

„Budapest Balesetbiztosítás” baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei

hatályos 2015. április 1. napjától

A jelen szabályzatban foglalt Általános Biztosítási Feltételek a Különös Biztosítási Feltételekkel együtt érvényesek (a továbbiakban együttesen: Biztosítási Feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az NN Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban: Biztosító) és a Budapest Bank Zrt. (1138 Budapest, Váci út 193.) között **2014. március 21. napján** létrejött „Budapest Balesetbiztosítás” baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (a továbbiakban: Csoportos Biztosítás) alapján 2015. április 1. napján vagy azt követően a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Biztosítottak biztosított jogviszonyára.

Az Általános Biztosítási Feltételben, illetve az adott biztosítási fedezetre vonatkozó Különös Biztosítási Feltételben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

Minden olyan szokás és gyakorlat, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosított jogviszonyokban nem irányadóak, további alkalmazásukat a szerződő felek kizárják. Ezen túlmenően, az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosított jogviszony részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.

Általános Biztosítási Feltételek

1. A biztosítási szerződés alanyai

A szerződés alanyai:

Szerződő: Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank)

Biztosított: a Főbiztosított és Családi csomag választása esetén a vele együtt biztosítottá váló Egyéb Biztosítottak, akinek/akiknek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön. Ertő rendelkezés hiányában Biztosított alatt a Főbiztosítottat és az Egyéb Biztosítottat egyaránt érteni kell.

Főbiztosított: az a 18 és 65 év közötti természetes személy lehet, aki a Banknál fizetésiszámla-, 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 egyúttal vállalja a rá, valamint Családi Csomag választása esetén az Egyéb Biztosítottakra eső biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetését. Egy Biztosított a Csoportos Biztosításhoz csak egy Fizető Számla szerződéssel keresztül csatlakozhat és tarthat igényt biztosítási szolgáltatásra, valamint abba Szerződként nem léphet be. A Főbiztosított életkorának kiszámítása: a Biztosított Nyilatkozat megtételének évéből kivonva a Főbiztosított születési évét.

Egyéb Biztosított: Családi Csomag választása esetén Egyéb Biztosítottá válik a Főbiztosított 18 és 65 év közötti házastársa, bejegyzett élettársa, illetve élettársa, valamint legfeljebb 18 éves életkorú gyermekeik, akik fölött törvényes képviselőt gyakorolnak. Az Egyéb Biztosítottá válásnak nem feltétele, hogy a fentiek szerinti családi kapcsolat a Főbiztosítottnak a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásának időpontjában már fennálljon. **Figyelem!** Az Egyéb Biztosított élettársra, valamint annak gyermekeire vonatkozó szolgáltatások teljesítésének feltétele, hogy az Egyéb Biztosított élettársal és gyermekeivel kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az Egyéb Biztosított élettárs és annak gyermekei – akik felett törvényes képviselőt gyakorol – a Főbiztosítottal azonos bejelentett állandó lakcímmel rendelkezzenek. Az Egyéb Biztosított életkorának kiszámítása: a Biztosított Nyilatkozat megtételének évéből kivonva az Egyéb Biztosított születési évét.

Kedvezményezett: a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy, aki lehet

- a) a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé,
- b) a Főbiztosított halála esetére a Főbiztosított által aláírt Biztosított Nyilatkozatban megnevezett személy vagy személyek,
- c) a Főbiztosított örököse, ha a szolgáltatás a Főbiztosított halála miatt válik esedékessé, feltéve, hogy a Főbiztosított halála esetére az írásbeli Biztosított Nyilatkozatban nem neveztek meg eltérő Kedvezményezettet,
- d) az Egyéb Biztosított örököse, ha a szolgáltatás az Egyéb Biztosított halála miatt válik esedékessé.

A Főbiztosított a Bankhoz címzett és a **biztosítási esemény bekövetkezéséig** a Bank székhelyére beérkezett írásbeli nyilatkozattal a halála esetére a Biztosított Nyilatkozatban megnevezett Kedvezményezett jelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg.

A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Főbiztosított halála esetére megnevezett Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal. Ebben az esetben új Kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a Főbiztosított örökösét kell Kedvezményezettnek tekinteni.

A Főbiztosított a Kedvezményezett kijelölés megtétele előtt köteles megszerezni a Kedvezményezett hozzájáruló nyilatkozatát arról, hogy a Kedvezményezett jelöléshez szükséges személyes adatait a Biztosítónak átadja, és a Biztosító azokat e célból kezelje, valamint nyilvántartsa. A hozzájáruló nyilatkozat megküldésétől a Biztosító eltekint.

Biztosító: NN Biztosító Zrt.

2. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

2.1 A Főbiztosított a kockázati életbiztosítás mint főbiztosítás mellett a Különös Biztosítási Feltételek 21. pontjában szereplő kiegészítő balesetbiztosítási csomagok közül választhat. A Biztosító az alábbi biztosítási kockázatokra nyújt szolgáltatást: Életbiztosítási alapszolgáltatás

- A Biztosított bármely okból bekövetkező halála

Kiegészítő balesetbiztosítási szolgáltatások

- A Biztosított baleseti eredetű halála
- A Biztosított baleseti eredetű, a Különös Biztosítási Feltételek 18. pontjában meghatározott rokkantsága
- A Biztosított baleset következtében végrehajtott műtéti beavatkozás
- A Biztosított baleseti csonttörése, csontrepedése

2.2 Jelen feltételek alkalmazásában:

- (i) **balesetnek** minősül az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosított akaratától függetlenül a kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes fedezeteknél meghatározott időn belül a meghatározott károsodást szenved el. **Nem minősül balesetnek** a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a nap általi égés, a hóguta, a szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés, a Biztosított elme- vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény és az orvosi műhiba. **Nem minősül balesetnek** a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülése.
- (ii) **műtétnek** minősül a Biztosított számára káros baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által végzett eljárás, amelyet az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet kórházban, illetve orvosi rendelőben kell elvégezni, s erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplójában rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.
- (iii) **kórháznak** minősül a működési, hatósági engedéllyel rendelkező, 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:
 - nappali kórház¹
 - a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
 - pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
 - gyógyfürdők, gyógyfürdő-kórházak, gyógyüdülők,
 - elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei,

¹ Nappali kórház: olyan napközbeni kezelést nyújtó kórház vagy kórházi osztály, ahol a beteg csak napközben tartózkodik, és nem tölti bent az éjszakát.

- geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
 - alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
 - hospice tevékenységet² végző intézmények,
 - ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek, illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei, feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.
- (iv) **rendelőnek** minősül az a helyiség, amely a mindenkori illetékes hatósági előírásoknak megfelelő érvényes engedéllyel rendelkezik, és a biztosítási eseményként megjelölt műtét elvégzésére az engedély alapján jogosult.
- (v) **csonttörés, csontrepedés** a csontok folytonosságának traumás (baleseti) eredetű megszakadása, amely lehet teljes vagy részleges. A törés lehet csak repedés (fissura) vagy horpadás, betörés. Nem minősül baleseti eredetű csonttörésnek, csontrepedésnek a fogtörés.

2.3 A Bank és a Biztosított köteles a Biztosító Biztosítotti Nyilatkozatban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő írásbeli válaszokkal a közlési kötelezettségének eleget tenni. A valóságnak nem megfelelő válaszok, illetve nyilatkozatok esetén a Bankra és a Biztosítottakra egyaránt vonatkoznak a Ptk.-ban 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 időtartamra jött létre. Azon belül az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonyának biztosítási tartama biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak egy naptári hónap. **A Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult Szerződőként belépni.**

4. A kockázatviselés kezdete

A Biztosító **kockázatviselése a Biztosított Biztosítotti Nyilatkozatának megtételét követő nap 0.00 órától kezdődik.** Új befektetési kártya vagy hitelkártya igénylésénél **azzal a feltétellel** kezdődik meg a Biztosító kockázatviselése a fenti időpontban, hogy a Főbiztosított **új befektetési kártya-igénylését, illetve hitelkártya-igénylését a Bank utóbb elfogadja,** és az erre vonatkozó **szerződés a Bank és a Főbiztosított között érvényesen létrejön.** Új befektetési kártya- vagy hitelkártya-igénylés elutasítása és/vagy az erre vonatkozó, a Bank és a Főbiztosított közötti szerződés megkötésének bármilyen okból történő elmaradása 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 Főbiztosított a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával egyidejűleg köteles csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazást adni a Bankon keresztül a Biztosító mint jogosult javára a Banknál vezetett Fizető Számlája terhére. **A Bank a biztosítás díjával havonta esedékességgel a csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazásnak megfelelően megterheli a Főbiztosított 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 megbízásra szóló felhatalmazás hiányában a 6. pontban foglaltak szerint a Főbiztosított és az Egyéb Biztosítottak biztosítási jogviszonya és azzal a Biztosító fennálló kockázatviselése a díjnemfizetésre vonatkozó szabályok szerint megszűnik.
- 5.3 A kockázatviselés kezdete és a kockázatviselés kezdete hónapjának utolsó napja közötti tört (biztosítási) időszakra vonatkozóan a Főbiztosítottnak 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 Csoportos Biztosításhoz való csatlakozást követő naptári hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes. A Főbiztosított köteles a Fizető számláján minden naptári hónap 8. napján akkora összeget rendelkezésre tartani, amely elegendő fedezetet nyújt a csoportos beszedési megbízás teljesítésére.** Amennyiben a Bank a csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazás birtokában az esedékes díjat az adott naptári hónap 8. napján nem tudja beszedni a Fizető Számláról, úgy az azt követő hónap 8. napján ismételt megpróbálja. Sikertelen beszedés esetén a Biztosító kockázatviselése a 6. pontban foglaltak szerint megszűnik.
- 5.4 A biztosítási díj annak a hónapnak a végéig terheli a Főbiztosítottat, és fizetendő, amelyben a Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik.

² Hospice tevékenység: haldokló egyén olyan gondozó (főleg palliatív) ellátása, amelynek célja nem pusztán a fájdalom csillapítása, hanem a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő páciens testi, lelki ápolása-gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának halálig való megőrzése.

5.5 Az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában a Családi Csomagra vonatkozó biztosítási díj meghatározása független az Egyéb Biztosítottak számától.

6. Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

- 6.1 A Biztosító kockázatviselése adott Főbiztosított vonatkozásában megszűnik
- a) azon naptári év december 31-én, amelyik évben a Főbiztosított eléri 65. életévét,
 - b) a Főbiztosított halálával a halál időpontjában,
 - c) a biztosítási díj esedékességétől számított 60. napon, amennyiben a biztosítási díj eddig az időpontig nem kerül megfizetésre,
 - d) a Főbiztosított 7.1 és 7.2 pontokban meghatározott feltételek szerinti felmondása esetén,
 - e) 6.4 pontban meghatározott érdekmúlás esetén a csoportos beszedési megbízással már nem teljesíthető biztosítási díj esedékességét követő 60. napon.
- 6.2 A Biztosító kockázatviselése a Főbiztosítotthoz kapcsolódó Egyéb Biztosítottra vonatkozóan megszűnik:
- a) ha a Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés a 6.1 pontban meghatározottak szerint megszűnik,
 - b) azon naptári év december 31-én, amelyik évben az Egyéb Biztosított eléri az 1. pontban meghatározottak szerinti életkorát, azaz gyermek esetében a 18., házastárs, bejegyzett élettárs, illetve élettárs esetében a 65. életévét,
 - c) az Egyéb Biztosított halálával, a halál időpontjában.
- 6.3 Amennyiben a Főbiztosított Fizető Számla szerződése, amire tekintettel a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, megszűnik, úgy a Főbiztosított köteles újabb csoportos beszedési megbízássra szóló felhatalmazást adni a Banknál vezetett másik Fizető Számlája terhére.
- 6.4 Ha a Főbiztosított nem rendelkezik másik Fizető Számlával, úgy a Főbiztosított, valamint az Egyéb Biztosítottak biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosítónak a Főbiztosított és az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában fennálló kockázatviselése a Fizető Számla szerződés megszűnése miatt a 6.1 e) pontban meghatározott időben megszűnik (érdekmúlás esete).
- 6.5 Amennyiben a Főbiztosított rendelkezik a Banknál vezetett másik Fizető Számlával, azonban nem gondoskodik újabb csoportos beszedési megbízássra szóló felhatalmazás megadásáról, és ennek következtében a biztosítás díja az esedékességétől számított 60. napig nem kerül megfizetésre, úgy a Főbiztosított, valamint az Egyéb Biztosítottak biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosítónak a Főbiztosított és az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában fennálló kockázatviselése a fenti 6.1 c) és 6.2 a) pontok alapján az ott meghatározott időpontokban megszűnik.

7. Felmondás

- 7.1 A Főbiztosított 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 Főbiztosított nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról. A felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a Főbiztosított a 30 napos határidő lejártá előtti 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 Főbiztosított által már megfizetett díjat a Főbiztosított részére a felmondás kézhezvételétől számított 30 napon belül visszafizeti a Főbiztosított Fizető Számlájára. Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Biztosító kockázatviselése annak a napnak 24 órájakor szűnik meg, amikor a Főbiztosított felmondását a Bank kézhez kapta.
- 7.2 A Főbiztosított a 7.1 pont szerinti 30 napos időszakot követően saját, valamint a hozzá kapcsolódó Egyéb Biztosítottak biztosítási jogviszonyát a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja (a továbbiakban: Rendes Felmondás). A Főbiztosított Rendes Felmondása esetén a Főbiztosított és az Egyéb Biztosítottak biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése az alábbi időpontokban szűnik meg:
- Amennyiben a Főbiztosított Rendes Felmondásról szóló írásbeli nyilatkozata
- a) a hónap 15. napjáig megérkezik a Bankhoz, akkor az írásbeli nyilatkozat Bankhoz való beérkezése hónapjának utolsó napján 24 órákor;
 - b) a hónap 15. napját követően érkezik meg a Bankhoz, akkor az írásbeli nyilatkozat Bankhoz való beérkezését követő hónap utolsó napján 24 órákor.
- A Biztosítót mindkét esetben kockázatviselésének tényleges megszűnéséig illeti meg a biztosítási díj.

8. A Biztosító teljesítése

- 8.1 A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint köteles a szolgáltatás teljesítésére, amennyiben a Biztosítási Feltételek szerint a szolgáltatási kötelezettsége fennáll.
- 8.2 **A biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónál**, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, ha (i) a fenti határidőt nem tartják be, (ii) a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy (iii) a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és ezek bármelyike miatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
- 8.3 A Csoportos Biztosítás Különös Biztosítási Feltételeiben meghatározott **biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez és elbírálásához a következő dokumentumok bemutatása szükséges, amelyeket a Biztosító bármikor egyoldalúan módosíthat, amiről a módosítás hatályba lépését megelőzően 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Főbiztosítottat olyan módon, hogy a módosításra vonatkozó figyelemfelhívást és a módosítás lényegének összefoglalását, valamint a dokumentumok jelen pontban meghatározottak szerinti listáját a honlapján közzéteszi:**

a) Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben:

- A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány.
- Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása.
- A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.
- Kiskorú és gondnokolt Kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata, a gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy jogerős bírósági ítélet másolata.
- A Kedvezményezett aláírásával ellátott eredeti nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (fizetőszámlaszám, vagy lakcím), ahová a biztosítási összeg kifizethető.
- Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti azonosító adatokat tartalmazó irat (személyi igazolvány, vagy útlevel, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata vagy személyes bemutatása.
- Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lap, röntgenlelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontrolleredmények. Valamennyi dokumentum eredeti példánya szükséges.
- Baleset, közlekedési baleset esetén: a baleset körülményeinek rövid leírása, rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata, munkahelyi baleset esetén a munkabaleseti jegyzőkönyv másolata. A szolgáltatási igény elbírálásához a büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghatározott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.

b) Halál és Baleseti halál esetén:

- Halotti anyakönyvi kivonat másolata.
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata.
- Boncjegyzőkönyv másolata.
- Haláleseti vagy baleset utáni orvosi jelentés másolata.

c) Baleseti rokkantság esetén:

- Szakértői/szakhatósági orvosi bizottság³ szakvéleményének a másolata, amennyiben az rendelkezésre áll.
- Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat (másolat).
- Teljes orvosi dokumentáció másolata.

d) Baleseti műtét esetén:

- Eredeti kórházi zárójelentés.
- Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja.
- Műtéti leírás másolata.

3 Jelen Biztosítási Feltételek hatályba lépésekor a NEFMI 7/2012 rendelete alapján a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakértői bizottsága.

- e) Baleseti csonttörés, csontrepedés esetén:
- Az első ellátásról készült eredeti ambuláns lelet.
 - Eredeti kórházi zárójelentés.
 - A törést igazoló röntgenfelvétel lelete.

A felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottak/Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

- 8.4 A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- 8.5 A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.
- 8.6 Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerezés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek vagy a Biztosított egészségi állapotának tisztázásához nem voltak szükségesek, a Biztosítót terhelik.
- 8.7 A Biztosító a biztosítási szolgáltatási összeget valamennyi, a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.3 pontjában minden biztosítási esemény, továbbá az adott biztosítási esemény vonatkozásában meghatározott dokumentumok együttes megléte esetén fizeti ki, az utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezésétől számított 30 napon belül. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.
- 8.8 Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (különösen az eljárást megszüntető határozatot vagy a jogerős bírósági határozatot).
- 8.9 Amennyiben a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt, illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, vagy elutasíthatja.
- 8.10 Az esedékes és meg nem fizetett díjakat a Biztosító a biztosítási szolgáltatás összegéből levonhatja.
- 8.11 A biztosítási eseményt az alábbi címen lehet bejelenteni:

NN Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Életbiztosítási Szolgáltatások
1068 Budapest, Dózsa György út 84/B

A Biztosító telefonszáma, melyen a biztosítási szolgáltatás iránti igény jelezhető:

06-40-464-464 (NN TeleCenter)

A biztosítás esemény bejelentését a 8.2 és a 8.3 pontokban írtak szerint kell megtenni, a Biztosító csak ezt követően tudja megkezdeni a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálását.

9. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

- 9.1 **A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a Biztosított halálát a Kedvezményezett szándékosan okozta.**
- 9.2 **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
 - b) a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.

10. Kizárások

- 10.1 A Biztosító kockázatviselése a **kockázatviselés kezdetétől számított 2 (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 (két) évre vonatkozóan vizsgálja.
- 10.2 A kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek vonatkozásában **a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre**, ha a biztosítási eseményt a Biztosított vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.

10.3 A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a Különös Biztosítási Feltételek kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek vonatkozásában különösen, ha

- a) a baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban volt, vagy kábító hatású szer hatása alatt állt, kivéve, ha a baleset igazoltan, ezen állapottól függetlenül harmadik személy magatartása miatt következett be,
- b) a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,
- c) kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták,
- d) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel,
- e) a baleset bekövetkeztekor legalább kettő közlekedésrendészeti szabályt szegett,
- f) **a baleset a Biztosított munkavégzése során a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.**

A jelen 10.2-10.3 pontban meghatározott rendelkezéseket a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

10.4 Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában:

- (i) alkoholizmusnak minősül a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóroki tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.
- (ii) alkoholos állapotnak tekintendő az 1,5 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció (0,70 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció), járművezetés közben a 0,5 ezreléket meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció (0,25 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció).

10.5 A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a Biztosított halála, balesete gépi erővel hajtott szárazföldi, vízi vagy légi járműben, országos vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) során következett be.

10.6 A Biztosító a teljes kockázatot viseli, ha a Biztosított halála, balesete a szervezett légi utas- vagy áruforgalom keretében végrehajtott olyan légi úton vagy körrepülésen való részvétel következménye, amelyen a Biztosított a légi forgalomban engedélyezett légi jármű utasaként, személyzeteként, vagy az előbbi járműre vezetői engedéllyel rendelkező, hivatásszerűen tevékenykedő vezetőként vett részt.

A Biztosító nem viseli a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete egyéb jellegű repülő tevékenység (különösen, de nem kizárólagosan az ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, egyéb sportrepülés, mezőgazdasági repülés stb.) során következik be.

10.7 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény – függetlenül annak bekövetkezési helyétől – közvetlenül összefüggésben áll:

- harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel;
- felkelésekkel, lázadásokkal vagy zavargásokkal;
- munkahelyi rendbontással, tüntetéssel, felvonulással, sztrájkjal, kivéve a hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonuláson, sztrájkon való jogszerű részvételt, ha a Biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett;
- radioaktív, illetve ionizáló sugárzással, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést.

Jelen feltételek alkalmazásában harci eseménynek minősül a háború, polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlés, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény.

10.8 A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a 19.4 pontban meghatározott nem térített műtétekre.

11. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

A kiegészítő baleseti fedezetek vonatkozásában a Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.

A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.

A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére a 10.2 pontban meghatározottak az irányadóak.

12. Elévülés

- 12.1 A biztosítási jogviszonyból eredő igények az esedékességtől számított két év alatt elévülnek.
- 12.2 Az elévülési idő alatt ki nem fizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

13. A panaszok bejelentése

A Biztosítottak esetleges panaszukkal az **NN Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság Ügyfélszolgálati Igazgatóságához** (cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, levelezési cím: 1364 Budapest, Pf. 247, e-mail cím: biztosito.panasz@nn.hu, telefon: 06-40-464-464 [NN TeleCenter], faxszám: +36-1-267-4833) fordulhatnak. A panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha a Biztosított a Biztosító válaszával nem ért egyet, az alábbi szervezetekhez fordulhat: a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a **Magyar Nemzeti Bank** Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjánál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet (levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központja 1534 Budapest BKKP, Pf. 777, telefon: 06-40-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu), vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a **Pénzügyi Békéltető Testület** eljárását kezdeményezheti (levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1525 Budapest BKKP, Pf. 172, telefon: +36-1-489-9700, e-mail cím: pbt@mnb.hu, ügyfélkapun keresztül: www.magyarorszag.hu), vagy a polgári rendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A Biztosító panaszkezelési eljárására vonatkozó részletes szabályokat a Biztosító Panaszkezelési szabályzata tartalmazza.

14. Adatkezelés

- 14.1 A Biztosított a biztosítási jogviszonyának tartama alatt köteles a Banknak a változást követő 5 munkanapon belül, a Bank pedig a Biztosítónak 30 napon belül bejelenteni a Csoportos Biztosításban, Biztosított 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 (részletes szabályok a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben [Bit.]). 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 Biztosított Nyilatkozat aláírásával/megadásával a Főbiztosított beleegyezik abba, hogy az őt kezelő orvosok, kórházak és egyéb egészségügyi intézmények a Biztosító kérésére kárrendezés céljából információt bocsássanak rendelkezésre, ennek érdekében a Főbiztosított az őt kezelő orvosokat, kórházakat és egyéb egészségügyi intézményeket a szükséges mértékben felmenti az orvosi titoktartási kötelezettség alól.
- 14.4 A Főbiztosított a Biztosított Nyilatkozat megtételével önkéntesen, határozottan és tájékozottan kinyilvánítja hozzájárulását ahhoz, hogy a Biztosító a megadott személyes adatait a Csoportos Biztosítási szerződéshez való csatlakozás alapján létrejövő biztosítotti jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatás teljesítésével összefüggő célból feldolgozza, nyilvántartsa és kezelje, valamint felhasználja statisztikai célokra, amely adatokra a biztosítási titokvédelem vonatkozik.
- 14.5 A Biztosító feladatai ellátásához jogosult kezelni a Csoportos Biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő minden lényeges tényt és körülményt, továbbá a Biztosítottak és a Kedvezményezett által megadott személyes adatot.

A biztosítási titok és titoktartási kötelezettség

- 14.6 A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a Biztosítót és a biztosításközvetítő 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 és a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy a biztosítási törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

Az adatkezelés jogalapja, célja és időtartama

14.8 A biztosító és a biztosításközvetítő a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az itt meghatározott adatkezelés jogalapját a Bit. teremti meg. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. A Biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító az előbbieken meghatározott célokból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti. Fentiek-től eltérő célból végzett adatkezelést a Biztosító, a biztosításközvetítő csak a Biztosított (Kedvezményezett) előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt a Biztosítottat (Kedvezményezettet) nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.

A 14.6, 14.7 és a jelen pontban meghatározottak szerint a biztosításközvetítő jogosult a Biztosított (Kedvezményezett) biztosítási titkát megismerni és azt kezelni.

A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító és a biztosításközvetítő köteles törölni minden olyan, Biztosítottjával (Kedvezményezettel), volt Biztosítottjával (Kedvezményezettel) vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

Nem áll fenn a titoktartási kötelezettség

14.9 A Biztosító **titoktartási kötelezettsége a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján azonban nem áll fenn** (a biztosítási törvényben meghatározott feltételek mellett) az alábbi hatóságok vonatkozásában: feladatkörében eljáró Felügyelet; nyomozóhatóság, ügyészség, továbbá az általuk kirendelt szakértő; bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő, önálló bírósági végrehajtó; közjegyző, továbbá az általa kirendelt szakértő; adóhatóság; nemzetbiztonsági szolgálat; Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésben foglalt egészségügyi hatóság; a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv; kötvénnyilvántartást vezető kötvénnyilvántartó hivatal, a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa; továbbá a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (a továbbiakban: Hatóság).

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) estén a kockázatvállaló biztosítókkal; állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződésállomány tekintetében az átvevő biztosítóval, a kiszervezéshez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

14.10 A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

- (1) A Biztosító (e pont alkalmazásában: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e pont alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a 14.8 pontban meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában.
- (2) A megkeresett biztosító az adatokat köteles átadni a megkereső biztosítóknak.
- (3) A megkereső biztosító az élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés (a továbbiakban: biztosítási szerződés) teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott életbiztosítási ágazathoz tartozó biztosítási szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) **A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.**
- (5) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (6) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (5) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.
- (7) 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.
- (8) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés, és a megkeresés tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről, a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti. Ha az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvényben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – a (5)-(7) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- (9) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosítandó vagy biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (10) A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.
- (11) A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

Az adatok kezelése

- 14.11 A Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) kérelmezheti a Biztosítónál tájékoztatását személyes adatainak kezeléséről, személyes adatainak helyesbítését és a biztosítási törvényen alapuló adatkezelésen kívüli (a 14.9 pontban meghatározott célon túli adatkezelés esetén) személyes adatainak törlését vagy zárolását, illetve tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A Biztosító köteles a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) kérésére a Biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni, valamint a Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) által kezdeményezett adathelyesbítést átvezetni (részletes szabályok az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról 2011. évi CXII. törvényben [Info törvény]). A Biztosított jogosult a vele kapcsolatban elvégzett orvosi vizsgálat eredményeit az egészségügyi szolgáltatónál megismerni.
- 14.12 A Biztosító a személyes adatok kezelését a Hatóság által vezetett adatvédelmi nyilvántartásba bejelenti. A Biztosított (Szerződő, Kedvezményezett) jogai megsértése esetén a Hatósághoz, valamint bírósághoz fordulhat.

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 Biztosított Nyilatkozatot és a Biztosított által a **jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben** 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 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.
2015. január 1-jétől hatályos szabályok alapján a Főbiztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával létrejött biztosítási jogviszony esetében adómentes az élet- és balesetbiztosításból származó haláleseti és baleseti szolgáltatási összeg. Jelen tájékoztatás a Biztosítottat, Kedvezményezettet nem mentesíti az alól, hogy a mindenkor hatályos adótörvények rendelkezéseiről a tőlük elvárható módon maguk is tájékozódjanak.
Az adózással kapcsolatos szabályok a biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító a honlapján (www.nn.hu/ado) keresztül ad tájékoztatást, írásos értesítést nem küld. A jogszabályi változásokat a Biztosított, Kedvezményezett kíséri figyelemmel.
- 15.4 A jelen biztosítás nem visszavásárolható és díjmentesen nem leszállítható. A biztosításra továbbá kötvénykölcson sem nyújtható.

Különös Biztosítási Feltételek

- a) A jelen különös biztosítási feltételek (a továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) vonatkoznak – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az NN Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban: Biztosító) és a Budapest Bank Zrt. (1138 Budapest, Váci út 193.) között **2014. március 21. napján** létrejött „Budapest Balesetbiztosítás” baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (a továbbiakban: Csoportos Biztosítás) alapján 2015. április 1. napján vagy azt követően a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Biztosítottak biztosított jogviszonyára.
- b) A jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

A főbiztosítás szolgáltatása

Kockázati életbiztosítás

16. A biztosítás szolgáltatása

- 16.1 Ha a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt (bármely okból) meghal, a Biztosító 100 000 forintot fizet ki a Kedvezményezett részére, és a biztosítás az adott Biztosítottra vonatkozóan a halál időpontjával megszűnik, ide nem értve a Főbiztosított halálát, mely esetben a Biztosító kockázatviselése az Általános Biztosítási Feltételek 6.2 a) pontja értelmében az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában is megszűnik.
- 16.2 Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.

Kiegészítő balesetbiztosítási szolgáltatások

Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás

17. A biztosítás szolgáltatása

- 17.1 A Biztosító a Főbiztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1 pontja szerint kiválasztott biztosítási csomagban a jelen Különös Biztosítási Feltételek 21. pontjának megfelelően meghatározott baleseti halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a Biztosított baleset következtében a baleset bekövetkezésétől számítva 1 (egy) éven belül meghal, feltéve, hogy a biztosítás a baleset bekövetkeztekor érvényben volt. A biztosítás az adott Biztosítottra vonatkozóan a halál időpontjával megszűnik, ide nem értve a Főbiztosított halálát, mely esetben a Biztosító kockázatviselése az Általános Biztosítási Feltételek 6.2 a) pontja értelmében az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában is megszűnik.
- 17.2 **Amennyiben a Biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesedett a Baleseti rokkantságra szóló biztosítás szolgáltatásában, a kifizetendő baleseti haláleseti biztosítási összegből a baleseti rokkantságra fizetett összeget a Biztosító levonja.**
- 17.3 Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.

Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás

18. A biztosítás szolgáltatása

- 18.1 A Biztosító a Főbiztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1 pontja szerint kiválasztott biztosítási csomagban a jelen Különös Biztosítási Feltételek 21. pontjának megfelelően meghatározott biztosítási összeg alábbi táblázatban **meghatározott százalékát** fizeti ki a Biztosított baleseti eredetű, a baleset időpontjától számított 1 (egy) éven belül bekövetkező, **az alábbi táblázatban tételesen meghatározott súlyos és maradandó egészségkárosodása – melynél az adott Biztosított állapota végleges és állapotjavulás már nem várható – esetén**, feltéve, hogy a baleset és az ezzel ok-okozati összefüggésben álló meghatározott egészségkárosodás a biztosítási tartam alatt következett be. A kifizetés egy balesetből kifolyóan a 100%-ot nem haladhatja meg. **A Biztosítónak kizárólag az alábbi táblázatban tételesen meghatározott súlyos és maradandó egészségkárosodás esetén keletkezhetsz szolgáltatási kötelezettsége.**

Maradandó egészségkárosodás leírása**A szolgáltatás mértéke**

1. Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%	
2. Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%	
3. Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	75%	
4. Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%	
5. A beszédképesség teljes elvesztése	75%	
6. A testfelület legalább		
– 40%-ának harmadfokú égése	100%	
– 30%-ának harmadfokú égése	75%	
– 20%-ának harmadfokú égése	50%	
7. Kiterjedt csonthiány a koponyán		
– nagysága legalább 6 cm ²	40%	
– nagysága 3–6 cm ²	20%	
– nagysága kisebb, mint 3 cm ²	10%	
8. Részleges állkapocs-eltávolítás az arccsont legalább felének csonkolásával	40%	
9. Csigolyák törése, amely legalább 35%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodást okoz	50%	
10. Teljes és tartós bénultság nyaktól lefelé	100%	
11. Mindkét felső végtag teljes működőképzetlensége vagy elvesztése	100%	
12. Mindkét alkar teljes működőképzetlensége vagy elvesztése	100%	
13. Mindkét kéz teljes működőképzetlensége vagy elvesztése	100%	
14. Egy alsó és egy felső végtag teljes működőképzetlensége vagy elvesztése	100%	
15. Egy felső végtag teljes működőképzetlensége vagy elvesztése	50%	
16. Egy alkar teljes működőképzetlensége vagy elvesztése	50%	
17. Egy kéz teljes működőképzetlensége vagy elvesztése	50%	
18. A vállízület komplett merevsége	50%	
		jobb bal
		balkezeseknél a százalékok fordítva értendők
19. A könyökízület komplett merevsége		
– kedvező helyzetben (15 fokban a derékszög körül)	25%	20%
– kedvezőtlen helyzetben	40%	35%
20. Medialis ideg teljes bénultsága	45%	35%
21. Radialis ideg teljes bénultsága az alkaron	30%	25%
22. Radialis ideg teljes bénultsága a kézen	20%	15%
23. Ulnaris ideg teljes bénultsága	30%	25%
24. Csuklóízület komplett merevsége		
– kedvező helyzetben (egyenes szögben és lefelé fordításban)	20%	15%
– kedvezőtlen helyzetben (behajlott, illetve túlfeszített állapotban vagy felfelé fordított állapotban)	30%	25%
25. Hüvelykujj teljes elvesztése vagy komplett merevsége	20%	15%
26. Hüvelykujj részleges (körömperc) elvesztése	10%	10%
27. Mutatóujj teljes elvesztése	15%	10%
28. Mutatóujj két ujjpercének elvesztése	10%	10%
29. Hüvelykujj és egy másik ujj (nem a mutatóujj) elvesztése	25%	20%
30. Két ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	10%	10%
31. Három ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	20%	15%
32. Négy ujj (hüvelykujj is) együttes elvesztése	45%	40%
33. Négy ujj (nem a hüvelykujj) együttes elvesztése	40%	35%
34. Középső ujj elvesztése	10%	10%
35. Mindkét alsó végtag teljes működőképzetlensége vagy elvesztése	100%	

36. Egy alsó végtag teljes működképtelensége vagy elvesztése	50%
37. Egy alsó végtag részleges elvesztése	
– bokaízület alatti csonkolással	40%
– lábközépcsonti csonkolással	35%
– lábtőcsonti csonkolással	30%
38. Ischiadicus ideg (ülőideg) teljes bénultsága	30%
39. A csípőízület komplett merevsége (kétoldali)	100%
40. A csípőízület komplett merevsége (egyoldali)	50%
41. A térdízület komplett merevsége (kétoldali)	100%
42. A térdízület komplett merevsége (egyoldali)	50%
43. Alsó végtag megrövidülése	
– legalább 5 cm-rel	30%
– 3–5 cm-rel	20%
– 1–3 cm-rel	10%
44. Lábujjak (összes) elvesztése	25%
45. 3–4 lábujj elvesztése	
– az I. ujjat beleértve	20%
– az I. ujj kivételével	10%
46. I. lábujj elvesztése vagy teljes merevsége	10%

18.2 Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a baleset időpontja.

Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás

19. A biztosítás szolgáltatása

- 19.1 A Biztosító a Főbiztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1 pontja szerint kiválasztott biztosítási csomagban a jelen Különös Biztosítási Feltételek 21. pontjának megfelelően meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, ha a Biztosítotton a biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő sérülés következtében, a balesettől számított 1 (egy) éven belül a szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett Műtétet hajtának végre.
- 19.2 Nem minősül biztosítási eseménynek az a műtét, amelyre a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset miatt kerül sor.
- 19.3 A Biztosító a térített műtétek listáját elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg. Amennyiben az orvosi dokumentumokban feltüntetett WHO-kód nem felel meg a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak, úgy a Biztosító orvosa jogosult egyoldalúan a WHO-kódot meghatározni.
- 19.4 **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi esetekre (a továbbiakban nem térített műtétek listája):**
- a bőr, a bőr függelékeinek, a bőr alatti szövetek és a köröm sérülésének ellátása
 - implantált anyagok eltávolítása
 - non-invasív (testbe való behatolás nélküli) repositio (helyreállítás)
 - csonttörés gipsszel való rögzítése
 - tükrözéssel járó (endoscopos, laparoscopos, arthroscopos és bronchoscopos) beavatkozások
 - fogászati beavatkozások
 - egyéb non-invasív (testbe való behatolás nélküli) ellátások
 - diagnosztikus célú beavatkozások
- 19.5 **A Biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a 19.4 pontban meghatározott nem térített műtétek listáját évente felülvizsgálja és egyoldalúan, indokolási kötelezettség nélkül módosítsa.** Minden módosítás alkalmával, legalább 30 nappal a módosítás hatálybalépése előtt a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt, a Szerződő pedig a Főbiztosítottat a változások tényéről olyan módon, hogy a **Szerződő a módosításra vonatkozó figyelemfelhívást és a nem térített műtétek 19.4 pontban meghatározottak szerinti listáját a honlapján közzéteszi.** A Főbiztosított a módosításokra való tekintettel a 7.2 pont szerinti **felmondással élhet.**

- 19.6 Ugyanazon baleset miatt szükségessé váló, azonos vagy eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén a Biztosító csak egyszer teljesít szolgáltatást – függetlenül attól, hogy a több műtétet mi tette szükségessé (például szövőd-mény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.).
- 19.7 Az egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések az adott Biztosított személyre vonatkozóan nem haladhatják meg a biztosítási összeg kétszeresét.
- 19.8 Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosító által térített műtét elvégzésé-nek napja.

Baleseti csonttörésre, csontrepedésre szóló biztosítás

20. A biztosítás szolgáltatása

- 20.1 A Biztosító a Főbiztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1 pontja szerint kiválasztott biztosítási csomag-ban a jelen Különös Biztosítási Feltételek 21. pontjának megfelelően meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Biztosított baleseti eredetű csonttörése, csontrepedése esetén, feltéve, hogy a baleset a biztosítási tartam alatt következett be.
- 20.2 **Nem minősül biztosítási eseménynek** az a csonttörés vagy csontrepedés, amely az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt baleset miatt következik be.
- 20.3 Egyetlen baleset miatt bekövetkezett csonttörés, csontrepedés esetén a Biztosító **a törések számától függetlenül egyszeri – a biztosítási összeggel megegyező – kifizetést teljesít.**
- 20.4 Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosító által térített csonttörést, csont-repedést okozó baleset napja.

21. A választható kiegészítő balesetbiztosítási csomagok és a csomagokhoz kapcsolódó biztosítási összegek

	B5 csomag	B10 csomag	B15 csomag	B20 csomag
Baleseti Halál	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti Rokkantság (a maradandó egészségkárosodás és a hozzá rendelt térítési százalék-tól függően maximum)	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	15 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti műtéti térítés	50 000 Ft	100 000 Ft	150 000 Ft	200 000 Ft
Baleseti csonttörés csontrepedés	5 000 Ft	10 000 Ft	15 000 Ft	20 000 Ft

- 21.1 Mindegyik csomag választható Egyéni és Családi módozatban. Családi csomag esetén a választott kiegészítő bal- esetbiztosítási csomag a Főbiztosított mellett a vele együtt biztosítottá váló Egyéb Biztosítottakra is személyenként érvényes.
- 21.2 A Főbiztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt kiegészítő balesetbiztosítási csomagot válthat saját magára, valamint Családi Csomag esetén az Egyéb Biztosítottakra vonatkozóan a Bankhoz írásban vagy telefonon keresztül megtett nyilatkozatával. Az új balesetbiztosítási csomag az igény Bankhoz történő bejelentését követő hónap első napjától érvényes, az új kiegészítő balesetbiztosítási csomagra vonatkozó díj a bejelentést követő hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes.
- 21.3 Az eredetinel magasabb biztosítási összegű csomagra történő váltás esetén a biztosítási összeg növekményére vonatkozóan a Biztosító kockázatviselésének kezdete az új kiegészítő balesetbiztosítási csomag érvényességének kezdete.

22. A Polgári Törvénykönyvtől lényegesen, valamint a Biztosító és a Szerződő korábbi biztosítási szerződésétől eltérő szabályok

Jelen pont tartalmazza a jelen Biztosítási Feltételek azon rendelkezéseit, amelyek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító és a Szerződő korábbi biztosítási szerződésétől lényegesen eltérnek.

- 22.1 Jelen Biztosítási Feltételek bevezető része alapján a felek **kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított és a Biztosító a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosítotti jogviszony részévé.**
- 22.2 A jelen Biztosítási feltételek alapján a Főbiztosított a Bank mint Szerződő kifejezett hozzájárulása nélkül a Biztosított Nyilatkozatban jelölhet halála esetére Kedvezményezettet, a **Bankhoz címzett és a biztosítási esemény bekövetkezéséig a Bank székhelyére beérkezett** írásbeli nyilatkozattal a halála esetére a Biztosított Nyilatkozatban megnevezett Kedvezményezett jelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg.
- 22.3 A jelen Biztosítási Feltételek **2.2 pontjában meghatározott fogalmak** a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő biztosítási jogviszonyok vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályokban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.
- 22.4 A jelen Biztosítási Feltételek 3. pontja alapján a **biztosítási időszak egy naptári hónap.**
- 22.5 A jelen Biztosítási Feltételek 3. pontja alapján a **Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult Szerződőként belépni.**
- 22.6 A jelen Biztosítási Feltételek 4. pontja alapján a **Biztosító kockázatviselése a Biztosított Biztosított Nyilatkozatának megtételét követő nap 0.00 órától kezdődik, feltéve, hogy az új befektetési kártya- vagy hitelkártya-igénylését a Bank utóbb elfogadja, és az erre vonatkozó szerződés a Bank és a Főbiztosított között érvényesen létrejön.**
- 22.7 A jelen Biztosítás Feltételek 5. és 6. pontjában meghatározott, a **biztosítási díj megfizetésére és díjfizetési késedelemre vonatkozó szabályok, különösen, de nem kizárólagosan, hogy**
- a **biztosítás díjának megfizetésére kizárólag csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazás megadása útján van lehetőség,**
 - a kockázatviselés kezdete és a kockázatviselés kezdete hónapjának utolsó napja közötti **tört (biztosítási) időszakra vonatkozóan a Főbiztosítottnak nincs díjfizetési kötelezettsége,**
 - ha a Bank a csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazás birtokában az esedékes díjat az adott naptári hónap 8. napján nem tudja beszedni a Fizető Számláról, úgy az azt követő hónap 8. napján ismételten megpróbálja. Amennyiben sikertelen a beszedés, a biztosító fizetési felszólítást a Főbiztosítottnak nem küld, további póthatáridőt nem ad, hanem a **Biztosító kockázatviselése megszűnik a biztosítási díj esedékességétől számított 60. napon.**
- 22.8 A jelen Biztosítási Feltételek 5.4 pontja alapján a **biztosítási díjfizetési kötelezettség annak a hónapnak a végéig terheli a Főbiztosítottat, amelyben a Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik.**
- 22.9 A jelen Biztosítási Feltételek 6.3 és 6.4 pontban meghatározottak szerint szűnik meg a Biztosító kockázatviselése érdekmúlás esetén.
- 22.10 A jelen Biztosítási Feltételek 7.2 pontja alapján a **Főbiztosított** a saját, valamint a hozzá kapcsolódó Egyéb Biztosítottak biztosítási jogviszonyát **a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja.**
- 22.11 A jelen Biztosítási Feltételek 8.10 pontja alapján az **esedékes és meg nem fizetett díjakat a Biztosító a biztosítási szolgáltatás összegéből levonhatja.**
- 22.12 A jelen Biztosítási Feltételek 10. pontjában a **kockázatkizárások köre bővült.**
- 22.13 A jelen Biztosítási Feltételek 10.2–10.3 pontjai alapján a kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek esetében **nem mentesülési ok, hanem kizárt kockázatnak minősül, amennyiben a biztosítási eseményt a Biztosított vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.**
- 22.14 A jelen Biztosítási Feltételek 12. pontja alapján a **biztosítási jogviszonyból eredő igények az esedékességüktől számított két év alatt elévülnek.**
- 22.15 A jelen Biztosítási Feltételek 15.1 pontja alapján a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben a Banknál megtett egyéb nyilatkozatokat a **Bankkal való közlés pillanatában a Biztosítóval is közöltnek kell tekinteni.**
- 22.16 A jelen Biztosítási Feltételek 15.2 pontja alapján a Biztosító által a Banknak, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.