

Hatályos: 2015. április 1-től

Biztosítási Ügyfél-tájékoztató 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 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:	Az a 18–65 éves természetes személy, aki a Banknál fizetési számla-, hitelkártya- vagy befektetési kártya-szerződéssel rendelkezik és a Biztosított Nyilatkozat megtételével csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez.
Kedvezményezett:	A Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé. A Biztosított halála esetén a Biztosított Nyilatkozatban megnevezett személy(ek), vagy jelölés hiányában a Biztosított örököse(i).

A biztosítási események és a biztosítási szolgáltatások

	E2 csomag	E5 csomag	E10 csomag	E2+ csomag	E5+ csomag	E10+ csomag
Haláleset	2 000 000 Ft	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	2 000 000 Ft	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft
Rokkantság (össz-szervezeti egészségkárosodás)*	–	–	–	1 000 000 Ft	2 500 000 Ft	5 000 000 Ft
Kritikus betegségek**	–	–	–	1 000 000 Ft	2 500 000 Ft	5 000 000 Ft

* Rokkantságnak (össz-szervezeti egészségkárosodásnak) minősül a 69%-ot meghaladó bármely okú, illetve az 50–69% közötti baleseti eredetű össz-szervezeti egészségkárosodás.

** Kritikus betegségnek minősül a rosszindulatú daganat, szívinfarktus, agyi érkatasztrófa, AIDS diagnosztizálása; továbbá koszorúér műtét, szervátültetés végrehajtása; valamint veseelégtelenség fellépése.

A biztosítási szolgáltatás havi díja és díjfizetése

Életkor csatlakozáskor	E2 csomag	E5 csomag	E10 csomag	E2+ csomag	E5+ csomag	E10+ csomag
18–30 év	650 Ft	1500 Ft	2800 Ft	1300 Ft	3 000 Ft	5 600 Ft
31–40 év	900 Ft	2050 Ft	3800 Ft	1800 Ft	4 100 Ft	7 600 Ft
41–50 év	1400 Ft	3250 Ft	6000 Ft	2800 Ft	6 500 Ft	12 000 Ft
51–60 év	2250 Ft	5350 Ft	9900 Ft	4500 Ft	10 700 Ft	19 800 Ft
61–65 év	2850 Ft	6900 Ft	11 300 Ft	5700 Ft	13 800 Ft	22 600 Ft

Díjfizetés	Módja:	Csoportos beszedési 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:	A kockázatviselés azon naptári év december 31-éig 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 okmányoknak 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">• a kockázatviselés első 2 évében bekövetkezett biztosítási esemény egy már meglévő betegség következménye;• a Biztosítottnál a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül Kritikus betegség lép fel;• a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg a Biztosított;• az egészségbiztosítási esemény a Biztosított szándékos magatartása, súlyos bűncselekménye, öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, súlyos gondatlanság miatt következett be;• a biztosítási esemény nem szervezett légi forgalom keretében történő repülőtevékenység (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés) során történt. A további kizárásokat és mentesüléseket az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 9., 10. és 22. pontjai tartalmazzák.
Biztosítási esemény bejelentése:	A Biztosított/Kedvezményezett köteles a biztosítási eseményt a bekövetkezését követő 15 napon belül bejelenteni a Biztosítónak 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 ügyfél-től 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@mnk.hu.

„Budapest Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosításokkal 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 Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (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 biztosítotti 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 biztosítotti jogviszony részévé, alkalmazásukat a szerződő felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.

Általános Biztosítási Feltételek

1. A biztosítási szerződés alanyai

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

Biztosított: az a természetes személy lehet, 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 fizetesiszámla-, hitelkártya- vagy befektetési kártya- (együtt Fizető Számla) szerződéssel rendelkezik és a Csoportos Biztosításhoz írásbeli vagy szóbeli – a Bank vagy megbízottja telefonos ügyfélszolgálatára tett, a telefonos ügyfélszolgálat által rögzített – Biztosítotti Nyilatkozattal csatlakozik, és ezzel vállalja a rá eső biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetését. Egy Biztosított a Csoportos Biztosításhoz csak egy Fizető Számla szerződésen keresztül csatlakozhat és tarthat igényt biztosítási szolgáltatásra, valamint abba szerződőként nem léphet be. Biztosított csak olyan személy lehet, aki a csatlakozáskor a hatályos TB-jogszabályok szerint rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban nem részesül. A Biztosított életkorának kiszámítása: Biztosítotti Nyilatkozat megtételének évéből kivonva a Biztosított születési évét.

Kedvezményezett: a Biztosító teljesítésére jogosult személy, aki lehet

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

A Biztosított 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 Biztosított halála esetére megnevezett Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal. Ebben az esetben új Kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a Biztosított örökösét kell Kedvezményezettnek tekinteni.

A Biztosított 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 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 össz-szervezeti egészségkárosodása (rokkantsága)
- 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 válaszokkal 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 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 tartamra 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 Biztosított 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 Biztosított **új befektetési kártya-igénylését, illetve hitelkártya-igénylését a Bank utóbb elfogadja,** és az erre vonatkozó **szerződés a Bank és a Biztosított között érvényesen létrejön.** Új befektetési kártya- vagy hitelkártya-igénylés elutasítása és/ vagy az erre vonatkozó, a Bank és a Biztosított 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 Biztosított a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával egyidejűleg köteles csoportos beszedési megbízásra szóló felhatalmazást adni a Biztosító mint jogosult javára a Banknál vezetett Fizető Számlája terhére a Bankon keresztül. **A Bank a biztosítás díjával a Biztosított csoportos beszedési megbízása alapján esedékességkor megterheli a Biztosított Banknál vezetett Fizető Számláját, és a díjat a Biztosítottak 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 a díjnévfizetésre vonatkozó szabályok szerint 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 Csoportos Biztosításhoz való csatlakozást követő naptári hónap 8. napján, majd minden további díj a naptári hónap 8. napján esedékes. A Biztosított 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 ismételten 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 Biztosítottat, és fizetendő, amelyben a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik.
- 5.5 A Biztosító kockázatviselésének 6.1 f) pont szerinti megszűnése esetén a Biztosított a biztosítási díjat csak a Kockázati életbiztosítási fedezetre vonatkozóan köteles megfizetni a biztosítási esemény elbírálását követő hónaptól.

6. Az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

- 6.1 A Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik
- azon naptári év december 31-én, amelyik évben a Biztosított eléri 65. életévét,
 - a Biztosított halálával a halál időpontjában,
 - a biztosítási díj esedékességétől számított 60. napon, amennyiben a biztosítási díj eddig az időpontig nem kerül kifizetésre,
 - a Biztosított 7.1 és 7.2 pontok szerinti felmondása esetén,
 - 6.3 pontban meghatározott érdekmúlás esetén a csoportos beszedési megbízással már nem teljesíthető biztosítási díj esedékességét követő 60. napon,
 - ha a Biztosító Rokkantságra szóló kiegészítő biztosításra vagy Kritikus betegségre szóló kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselése közül bármelyik megszűnik, úgy a másik kockázatra vonatkozó kockázatviselés is megszűnik, és a Biztosító kockázatviselése a továbbiakban csak a Kockázati életbiztosításra (halálesetre) vonatkozik,**
 - a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítási fedezet a Különös Biztosítási Feltételek 22.3 pontban meghatározottak szerint.**
- 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.
- 6.3 Ha a Biztosított nem rendelkezik másik Fizető Számlával, úgy a Biztosított biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosítónak a Biztosított vonatkozásában fennálló kockázatviselése a Fizető Számla szerződés megszűnése miatt a 6.1 e) pontban meghatározott időben megszűnik (érdekmúlás esete).
- 6.4 Amennyiben a Biztosított rendelkezik a Banknál vezetett másik Fizető Számlával, azonban nem gondoskodik újabb csoportos beszedési megbízás megadásáról, és ennek következtében a biztosítás díja az esedékességtől számított 60. napig nem kerül megfizetésre, úgy a Biztosított biztosítási jogviszonya és ezzel a Biztosítónak 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 Biztosított nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról. 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 a Bank 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) a hónap 15. napjáig megérkezik a Bankhoz, akkor az írásbeli nyilatkozat Bankhoz való beérkezése hónapjának utolsó napján 24 órakor;

b) a hónap 15. napját követően érkezik meg a Bankhoz, akkor az írásbeli nyilatkozat Bankhoz való beérkezését követő hónap utolsó napján 24 órakor.

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 Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott **biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez és elbírálásához a következő dokumentumok bemutatása szükséges, amelyeket a Biztosító bármikor egyoldalúan módosíthat, amiről a módosítás hatálybalépését megelőzően 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig Biztosítottat 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 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 laccím), ahová a biztosítási összeg kifizethető.
- Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti azonosító adatokat tartalmazó irat (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és laccím-kártya) 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, kontroll eredmények. 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 esetén:

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

c) Rokkantság, baleseti rokkantság esetén:

- A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság¹ szakvéleményének másolata.
- Megváltozott munkaképességűek ellátására vonatkozó határozat (másolat).
- Teljes orvosi dokumentáció másolata.

d) Betegség esetén:

- Rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, sebészeti műtéti leírás, onkológiai szakvélemény, szövettani lelet másolata.
- Szívinfarktus esetén: eredeti kórházi zárójelentés, EKG-görbe, a szívizomértekek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok, szívultrahang-vizsgálat lelete.
- Agyi érkatasztrófa esetén: eredeti kórházi zárójelentés, ideggyógyászati szakvélemény 60 napon túl fennálló, maradandó neurológiai károsodásról.
- Koszorúérműtét esetén: eredeti kórházi zárójelentés, a műtétet megelőzően készített koszorúérfestés lelete (coronariographia).
- Szervátültetés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, műtéti leírás, transzplantációs gondozó jelentése, ha külföldön történt a műtét, a Biztosító előzetes hozzájárulásának másolata.
- Veseelégtelenség fellépése esetén: eredeti kórházi zárójelentés, nefrológiai gondozó jelentése, dialízisosztály jelentése a legalább 60 napja tartó dialíziskezelésről.
- AIDS diagnosztizálása esetén: eredeti kórházi zárójelentés, az AIDS definíciójában meghatározottakat igazoló vérvételi eredmények bemutatása és az infektológus szakorvos igazolása (másolat) az AIDS fennállásáról.

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)

¹ Jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor a NEFMI 7/2012 rendelete alapján a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakértői bizottsága.

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**
- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal összefüggésben, vagy
 - 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 egészségbiztosítási 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 egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában, különösen, ha
- a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt,
 - a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás következtében történt,
 - a biztosítási esemény kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták.
- 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
- alkoholizmusnak minősül a szesztartalmú italok rendszeres, tartós, mértéktelen fogyasztása következtében kialakuló jellegzetes szomatikus-pszichés, kóros elváltozások együttese; amikor a testi-lelki megbetegedés kóros tényezőjeként az alkohol jelölhető meg.
 - alkoholos állapotnak tekintendő az 1,5 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció (0,70 mg/l-t meghaladó légalkohol-koncentráció), gépjárművezetés 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, 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.**
- 10.6 A Biztosító a teljes kockázatot viseli, ha a Biztosított halála, balesete, betegsége 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, betegsége 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, felvonással, 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, határviellongás, forradalom, zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény.

11. Együttműködési, kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

- a) A Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.
- b) A Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet az egészségkárosodás mértékének megállapítása szempontjából.
- c) A Biztosított balesete vagy megbetegedése esetén a Biztosító adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni.
- d) Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére az Általános Biztosítási Feltételek 10.2–10.3 pontjában meghatározottak az irányadók.

12. Elévülés

- 12.1 A biztosítási jogviszonyból eredő biztosítási 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: +36-40-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mn.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: 06-1-489-9700, e-mail cím: pbt@mn.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 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 Biztosított 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 biztosított 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 biztosított jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő minden lényeges tényt és körülményt, továbbá a Biztosított és a Kedvezményezett által megadott személyes és egészségügyi 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 biztosítókról 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; kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó 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 biztosítónak.
- (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 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 Biztosítotti 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 Biztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával létrejött biztosítási jogviszony esetében adómentes az élet-, baleset- és betegségbiztosításból származó haláleseti, baleseti, betegségi szolgáltatási összeg.

Jelen tájékoztatás a Biztosítottat, Kedvezményezettet nem mentesíti az alól, hogy a mindenkori 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 kötvénykölcsön sem nyújtható.

Különös Biztosítási Feltételek

- a) A jelen különös biztosítási feltételek (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 Életbiztosítás” kiegészítő egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (továbbiakban Csoportos Biztosítás) alapján 2015. április 1. napján vagy azt követően a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Biztosítottak biztosítotti jogviszonyára.
- b) A jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

A főbiztosítás szolgáltatása

Kockázati életbiztosítás

16. Az alapbiztosítás szolgáltatása

- 16.1 A Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1 szerint választott biztosítási csomagban meghatározott halálesetre szóló biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, amennyiben a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt meghal. A jelen biztosítás a Biztosítottra vonatkozóan a halál időpontjával megszűnik.
- 16.2 Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.
- 16.3 **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.**

Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás

17. A biztosítási szolgáltatás

- 17.1 Amennyiben a Biztosítottnál a biztosítási tartam alatt olyan össz-szervezeti egészségkárosodás (rokkantság) következik be, amelynek mértéke az ennek megállapítására jogosult szakértői bizottság² szakvéleménye alapján
- a) meghaladja a 69%-ot (D vagy E rokkantsági kategória), vagy,
 - b) 50–69% közötti (C1 vagy C2 rokkantsági kategória), és ez a mértékű egészségkárosodás a biztosítás tartama alatt bekövetkező balesetből ered, továbbá fennállnak a baleseti rokkantság 17.4 pontban meghatározott feltételei, a Biztosító a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1 szerint választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezett részére, és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával a jelen Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítási fedezet és a Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítási fedezet a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik.
- 17.2 A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a jelen Különös Biztosítási Feltételek 17.1 pontjában meghatározott mértékű egészségkárosodás bekövetkezésének a szakértői bizottság szakvéleményében meghatározott időpontja, vagy ennek hiányában a szakvélemény elkészítéséhez lefolytatott vizsgálat időpontja.
- 17.3 Az az egészségkárosodás, amely a jelen kiegészítő biztosítás a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetén már fennállt, a jelen Különös Biztosítási Feltételek 17.1 pontjában meghatározott mértékű, a biztosítási összeg kifizetésére jogosító egészségkárosodás megállapításakor nem vehető figyelembe.
- 17.4 Jelen feltételek szerint baleseti rokkantságnak 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 Biztosított **a balesettől számított egy éven belül** a 17.1 b) pontban meghatározott mértékű súlyos és maradandó egészségkárosodást szenved el. Jelen feltételek alkalmazásában **nem minősül baleseti rokkantságnak** az az egészségkárosodás, amely 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 tudatzavarásával összefüggésben bekövetkező esemény vagy orvosi műhiba bekövetkezéséből ered. **Nem minősül baleseti rokkantságnak** a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény, továbbá a Biztosított öngyilkossági kísérlete miatt kialakult rokkantsága sem.

Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás

18. A biztosítási szolgáltatás

- 18.1 A Biztosító a Kedvezményezett részére a Biztosított által az Általános Biztosítási Feltételek 2.1 szerint választott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a Biztosítottal a biztosítás tartamán belül az alábbi biztosítási események valamelyike történik:
- rosszindulatú daganatban való megbetegedése,
 - szívinfarktus diagnosztizálása,
 - agyi érkatasztrófa diagnosztizálása,
 - koszorúérműtét végrehajtása,
 - szervátültetés végrehajtása,
 - veseelégtelenség fellépése,
 - AIDS-ben való megbetegedés diagnosztizálása, feltéve, hogy a Biztosítottnál a kockázatviselés kezdete előtt nem diagnosztizáltak HIV-fertőzöttséget.

A Biztosító jelen kiegészítő biztosítás alapján ugyanazon Biztosított esetében a biztosítási összegnek megfelelő szolgáltatást legfeljebb egyszer nyújtja, azaz a szolgáltatások nem adódnak össze. Ennek megfelelően a Biztosító a Biztosított vonatkozásában csak egyszer szolgáltat, amennyiben a Biztosított esetében egyszerre több, a fentebb felsorolt betegségek együttesen vagy külön-külön lépnek fel.

² Jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor a NEFMI 7/2012 rendelete alapján a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakértői bizottsága.

18.2 A fenti biztosítási eseményekkel összefüggésben fizetendő biztosítási összeg kifizetésével a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjára a jelen Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítási fedezet és a Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítási fedezet a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

19. Betegségdefiníciók

19.1 **Rosszindulatú 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 jelen 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;
- HIVfertőzés mellett fellépő bármely daganatra.

19.2 A **szívinfarktus** a szívizomzat egy részének minden réteget érintő – transmurális – elhalása, amelyet a megfelelő terület hirtelen kialakuló vérellátási elégtelensége okoz. A diagnózis megállapításához az alábbi feltételek közül legalább háromnak teljesülnie kell:

- jellegzetes panasz,
- nekroenzim-emelkedés,
- specifikus EKG-eltérés,
- szívultrahang (hypo- vagy akinesis),
- pozitív coronarographia.

19.3 **Agyi érkatasztrófa** az olyan hirtelen fellépő idegrendszeri történés, agyi trombózis, agyvérzés, koponyán kívüli embóliaforrásból eredő agyi embólia, amelynek akut tünetei 24 óránál hosszabb ideig fennállnak. Az akut idegrendszeri tünetek meghatározása magában foglalja a következőket: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. **A biztosítás nem terjed ki** az idegrendszeri történést követően kialakuló hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, a balesetből eredő koponyaűri vérzésekre, illetve az átmeneti (24 óránál rövidebb ideig tartó), maradandó tüneteket nem okozó agyi keringési zavarokra.

19.4 **Koszorúérműtét** az a nyitott mellkasban végzett operáció, melynek célja a koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetése lábszárvénából, illetve mellkasból vett érpótlással. **A biztosítás nem terjed ki** a nem nagysebészeti megoldásokra, melyek közül ma ismert a ballonkatéterrel végzett tágitás, illetve a koszorúér keringésének biztosítása céljából behelyezett bármely típusú stent- (sztent-) műtét.

19.5 **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.**

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

19.7 **AIDS**-nek minősül az, ha a HIV-fertőzött vérében a DC4+-sejtek (limfociták) száma tartósan 200/μl alatt marad, és oportunistá – az emberben meglévő, egyébként ártalmatlan kórokozók okozta – fertőzés járul hozzá. **A biztosítás nem terjed ki** az AIDS-ben való megbetegedésre, amennyiben a Biztosítottnál a kockázatviselés kezdete előtt már HIV-fertőzöttséget diagnosztizáltak.

20. A biztosítási esemény bekövetkezése

A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egyes biztosítási események 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 diagnosztizálásának időpontja.

21. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei

- 21.1 A Kedvezményezett az igényt a biztosítási esemény bekövetkezését követő **90 napon belül köteles írásban bejelenteni** a Biztosítónak.
- 21.2 Szervátültetés esetén, ha a műtetre nem Magyarország területén kerül sor, a Biztosító előzetes hozzájárulása szükséges.
- 21.3 A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat az Általános Biztosítási Feltétel 8. pontja tartalmazza.

22. Kizárások

- 22.1 A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:
- a) **ha a Biztosítottnál a Biztosítás tartamán belül, a kockázatviselés kezdetétől számított 90 napon belül rosszindulatú daganatot, AIDS-ben való megbetegedést, szívinfarktust, agyi érkatasztrófát diagnosztizáltak, illetve koszorúérműtét, szervátültetés végrehajtására került sor, vagy veseelégtelenség lépett fel;**
- b) ha igazolható, hogy a Biztosított megbetegedése, műtétje öngyilkossággal vagy öngyilkossági kísérlettel összefüggésben következik be.
- 22.2 A kockázatviselésből kizárt további kockázatokat az Általános Biztosítási Feltételek 10. pontja tartalmazza.
- 22.3 A Biztosítottnak a biztosítás tartamán belül, a 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 biztosítási fedezet a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik. A megszűnés időpontja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja.

Ebben az esetben a Biztosító kockázatviselése csökkentett biztosítási díjjal kizárólag a Kockázati életbiztosítási fedezet vonatkozásában marad fenn.

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

	E2 csomag	E5 csomag	E10 csomag	E2+ csomag	E5+ csomag	E10+ csomag
Kockázati életbiztosítás	2 000 000 Ft	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft	2 000 000 Ft	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft
Rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás	–	–	–	1 000 000 Ft	2 500 000 Ft	5 000 000 Ft
Kritikus betegségekre szóló kiegészítő biztosítás	–	–	–	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 a Bankhoz írásban vagy telefonon keresztül megtett nyilatkozatával. 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.
- 23.2 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.

24. 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.

- 24.1 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 biztosított jogviszony részévé.**
- 24.2 A jelen Biztosítási feltételek alapján a Biztosított 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 Biztosított a halála esetére a Biztosított Nyilatkozatban megnevezett Kedvezményezett jelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg.

- 24.3 A jelen Biztosítási Feltételek 3. pontja alapján a **biztosítási időszak egy naptári hónap.**
- 24.4 A jelen Biztosítási Feltételek 3. pontja alapján a **Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult Szerződőként belépni.**
- 24.5 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 befektetésikártya- vagy hitelkártya-igénylését a Bank utóbb elfogadja, és az erre vonatkozó szerződés a Bank és a Biztosított között érvényesen létrejön.**
- 24.6 A jelen Biztosítási Feltételek 5. és 6. pontjában meghatározott, a **biztosítási díj megfizetésére és díjfizetési késedelmre 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 Biztosítottnak 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 Biztosítottnak nem küld, további póthatáridőt nem ad, hanem a **Biztosító kockázatviselése megszűnik a biztosítási díj esedékességétől számított 60. napon.**
- 24.7 A jelen Biztosítási Feltételek 5.4 pontja alapján a **biztosítási díjfizetési kötelezettség annak a hónapnak a végéig terheli a Biztosítottat, amelyben a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik.**
- 24.8 A jelen Biztosítási Feltételek 6.1 pontja alapján a Biztosító kockázatviselése a Biztosítottra vonatkozóan megszűnik, **ha a Biztosító Rokkantságra szóló kiegészítő biztosításra vagy Kritikus betegségre szóló kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselése közül bármelyik megszűnik, úgy a másik kockázatra vonatkozó kockázatviselés is megszűnik, és a Biztosító kockázatviselése a továbbiakban csak a Kockázati életbiztosításra (halálesetre) vonatkozik.**
- 24.9 A jelen Biztosítási Feltételek 6.3 és 6.4 pontban meghatározottak szerint szűnik meg a Biztosító kockázatviselése érdekmúlás esetén.
- 24.10 A jelen Biztosítási Feltételek 7.2 pontja alapján a **Biztosított a biztosítási jogviszonyát a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja.**
- 24.11 A jelen Biztosítási Feltételek 8.10 pontja alapján az **esedékes és meg nem fizetett díjakat a Biztosító a biztosítási szolgáltatás összegéből levonhatja.**
- 24.12 A jelen Biztosítási Feltételek 10. és 22.1 pontjában a **kockázatkizárások köre bővült.**
- 24.13 A jelen Biztosítási Feltételek 10.2–10.3 pontjai alapján a kiegészítő egészségbiztosítási 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.**
- 24.14 A jelen Biztosítási Feltételek 12. pontja alapján a **biztosítási jogviszonyból eredő igények az esedékességüktől számított két év alatt elévülnek.**
- 24.15 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.**
- 24.16 A 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.
- 24.17 A jelen Biztosítási Feltételekben 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, különösen, de nem kizárólagosan a **17.4 pontban meghatározott baleseti rokkantság fogalma és 19. pont szerinti betegségdefiníciók.**