

Biztosítási terméktájékoztató

a Budapest Bank által nyújtott jelzálog kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításhoz

Jelen terméktájékoztató a Budapest Bank által nyújtott jelzálog kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítás főbb jellemzőit tartalmazó egyszerűsített tájékoztató anyag, mely (1) nem tartalmazza az alkalmazandó feltételek összességét és (2) nem képezi a biztosításra vonatkozó szerződési feltételek részét.

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

A jelen terméktájékoztató és az **ÁBF** és/vagy a vonatkozó **KBF** között fennálló esetleges ellentmondás esetén az **ÁBF** és a vonatkozó **KBF** rendelkezései irányadók.

Szerződő:	<p>Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank) (székhely: 1138 Budapest, Váci út 193. felügyeleti hatóság: Magyar Nemzeti Bank)</p> <p>A Bank a Biztosítottaknak a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződéshez történő csatlakoztatásával kapcsolatban a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el. Ezzel kapcsolatban részletes tájékoztatást a Bank által átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban talál. A Biztosításközvetítői Tájékoztató megtalálható a Bank honlapján is</p>									
Biztosítók:	<p>BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban Életbiztosító) Cégjegyzékszám: 01-10-044718 (haláleseti szolgáltatás)</p> <p>BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) Cégjegyzékszám: 01-10-044717 (egyéb szolgáltatások)</p> <p>Székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.</p>									
Biztosított:	<p>Olyan természetes személy, aki a Bankkal jelzálog kölcsönszerződéses jogviszonyban (a továbbiakban: kölcsönszerződés) áll és az általa tett csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában az alább felsorolt feltételeknek megfelel:</p> <p>(1) a teljes kölcsönösszeg folyósítását követően a csatlakozása időpontjában a fennálló tartozása nem haladta meg a 60 millió Ft-ot (még nem folyósított, vagy szakaszos folyósítású kölcsön esetében az itt szereplő összeghatárok a szerződött kölcsönösszegre alkalmazandók)</p> <p>(2) a 18. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 65. életévét,</p> <p>(3) nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban, a B vagy C szolgáltatási csomag igénylése esetén továbbá nem öregségi nyugdíjas.</p> <p>A csoportos hitelfedezeti biztosításhoz csatlakozási nyilatkozat megtételével (írásbeli csatlakozás esetén aláírásával) lehet csatlakozni.</p> <p>30 millió Ft fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszegig a csatlakozás mind írásbeli-, mind szóbeli csatlakozási nyilatkozattal lehetséges</p> <p>30 millió Ft fölötti fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén a csatlakozás csak írásbeli csatlakozási nyilatkozattal, a Biztosítók által elvégzett egészségi kockázat-elbírálást követően lehetséges.</p> <p>A Biztosítók az egészségi kockázat-elbírálást a leendő biztosított életkorától és a fennálló tartozás összegétől / a szerződött kölcsönösszegtől függően az alábbi információ alapján végzik:</p> <table border="1" data-bbox="512 1720 1481 1973"> <thead> <tr> <th data-bbox="512 1720 794 1906">leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában</th> <th data-bbox="794 1720 1481 1783">szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="512 1906 794 1968">18-50 év*</td> <td data-bbox="794 1823 1481 1906" rowspan="2">30.000.001 Ft - 60.000.000 Ft</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 1968 794 1973">50-65 év**</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 1973 794 2000"></td> <td data-bbox="794 1906 1481 1968">Egészségi Kérdőív</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 2000 794 2033"></td> <td data-bbox="794 1968 1481 2000">Orvosi- és laborvizsgálat</td> </tr> </tbody> </table> <p>* a 18. születésnapon 0 órától az 50. születésnapon 24 óráig ** az 50. születésnapot követő napon 0 órától a 65. születésnapon 24 óráig</p>	leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában	szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában	18-50 év*	30.000.001 Ft - 60.000.000 Ft	50-65 év**		Egészségi Kérdőív		Orvosi- és laborvizsgálat
leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában	szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában									
18-50 év*	30.000.001 Ft - 60.000.000 Ft									
50-65 év**										
	Egészségi Kérdőív									
	Orvosi- és laborvizsgálat									

	<p><u>A Biztosítók 60 napon belül jogosultak indokolás nélkül megtagadni a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • az Egészségi Kérdőíven adott válaszok vagy az orvosi vizsgálat eredményei alapján, vagy, • ha a leendő Biztosított az előírt orvosi vizsgálat(ko)n nem vett részt vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket 45. napig nem kapták meg. <p><u>A fenti 60, illetőleg 45 napos határidőket:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • a Bank hitelbírálati döntését vagy a kölcsönösszeg folyósítását követően tett csatlakozási nyilatkozat esetében a csatlakozási nyilatkozat aláírásától kell számítani, • a Bank hitelbírálati döntését megelőzően tett csatlakozási nyilatkozat esetében Bank pozitív hitelbírálati döntésétől:kell számítani. 		
<p>Biztosítási események:</p>	<p>A szolgáltatási csomag esetén</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségtől eredő egészségkárosodás 	<p>B szolgáltatási csomag esetén</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • Munkanélküliség (álláskeresőként történő nyilvántartás 30 napot meghaladóan) <p>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • 5 napot meghaladó kórházi kezelés <p><i>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.2. pontja tartalmazza.</i></p>	<p>C szolgáltatási csomag esetén</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségtől eredő egészségkárosodás • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • Munkanélküliség (álláskeresőként történő nyilvántartás 30 napot meghaladóan) <p>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségtől eredő egészségkárosodás • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • 5 napot meghaladó kórházi kezelés <p><i>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.2. pontja tartalmazza.</i></p>
<p>Biztosítási szolgáltatás:</p>	<p>Haláleset vagy legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségtől eredő egészségkárosodás esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Biztosított halála esetén az Életbiztosító megfizeti a halál napján <i>fennálló kölcsöntartozás</i> összegét. • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségtől eredő egészségkárosodás esetén a Biztosító megfizeti a biztosítási esemény napján (ld. a vonatkozó KBF 1.2. pontját) <i>fennálló kölcsöntartozás</i> összegét. <p>Keresőképtelenség, illetve munkanélküliség esetén:</p> <p>A Biztosító a keresőképtelenség, illetve a regisztrált munkanélküliség 31. napját követően megfizeti (i) a keresőképtelenség, illetve a regisztrált munkanélküliség 31. napján vagy azt követően esedékessé váló havi törlesztőrészlete(ke)t, de törlesztőrészletenként legfeljebb 350 ezer Ft-ot, valamint (ii) a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az ÁBF 10.11-10.12. pontjait) összegét.</p> <p>Munkanélküliség esetén a Biztosító a vonatkozó KBF 1.1. pontjában meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén is csak abban az esetben köteles szolgáltatást nyújtani, ha a Biztosított az álláskeresőként történő nyilvántartásba vételét megelőző legutóbbi munkaviszonyának megszűnésekor 12 havi, folyamatos, a vonatkozó KBF 7.2. pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezett.</p> <p>A Biztosító térítési kötelezettsége addig az időpontig áll fenn, amelyik az itt felsoroltak közül a leghamarabb bekövetkezik: (1) a keresőképtelenség illetve a regisztrált munkanélküli állapot megszűnéséig, vagy (2) a kölcsönszerződés megszűnésének időpontjáig, (3) de legfeljebb 8 egymást követő hónapig.</p>		

	<p>5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ha a Biztosított a kórházi felvételtől számított 5. naptári napon fekvőbetegként megszakítás nélkül kórházban tartózkodik, akkor a Biztosító megfizeti <i>(i)</i> a kórházi felvétel napját megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét, de legfeljebb 350 ezer Ft-ot, valamint <i>(ii)</i> az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított havi biztosítási díj összegét a Bank részére. Ha a megszakítás nélküli kórházi tartózkodás a kórházi felvételtől számított 31. naptári napon is fennáll, a Biztosító megfizeti <i>(i)</i> a felvételtől számított 31. napot megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét is, de legfeljebb 350 ezer Ft-ot, valamint <i>(ii)</i> az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított havi biztosítási díj összegét a Bank részére. <p>A Biztosító a fennálló kölcsöntartozást illetve a havi törlesztőrészletet (a biztosítási esemény fajtájától függően) a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára fizeti meg.</p> <p>FONTOS! A biztosítási szerződésre tekintettel bejelentett szolgáltatási igény benyújtása a Biztosítottat a hitelszerződés alapján a Bank felé fennálló fizetési kötelezettségei alól nem mentesíti. A Bank felé a Biztosított köteles az esedékessé váló törlesztőrészleteket a Biztosító teljesítéséig megfizetni. A Biztosító szolgáltatása teljesítését követően a Bank a Biztosítottal, illetve örökösével a fennmaradt tartozást/túlfizetést illetően elszámol.</p>	
<p>A kockázatviselés kezdete:</p>	<p>Ld. az ÁBF 7.3-7.6 pontjaiban.</p>	
<p>A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:</p>	<p><i>Várakozási idő (munkanélküliségi szolgáltatás esetén):</i></p>	<p>A kockázatviselés kezdetétől számítandó 90 nap. Ha <i>(i)</i> a Biztosított munkaviszonyát megszüntető írásbeli jognyilatkozat a várakozási idő alatt kelt, vagy <i>(ii)</i> a munkaviszony a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító a bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.</p>
	<p><i>Szolgáltatási maximum:</i></p>	<p><i>keresőképtelenségi és munkanélküliségi szolgáltatás esetén</i></p> <p>a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 32 havi szolgáltatás (külön-külön vonatkozik a keresőképtelenségre és a munkanélküliségre)</p>
	<p><i>5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén</i></p>	<p>egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2 havi, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 8 havi szolgáltatás</p>
	<p><i>Újbóli szolgáltatásra való jogosultság:</i></p>	<p><u>keresőképtelenségi- vagy munkanélküliségi szolgáltatás esetén:</u> Ha egy adott biztosítási esemény alapján a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 8 havi szolgáltatás kifizetésével megszűnt, akkor <i>(i)</i> keresőképtelenségi szolgáltatás utáni újabb keresőképtelenségi igény vagy <i>(ii)</i> munkanélküliségi szolgáltatást követő újabb munkanélküliségi igény esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosítottat illetően újabb biztosítási esemény következett be (munkanélküliség esetében a Biztosított a szolgáltatási kötelezettség megszűnését követően ismételten a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó KBF 7.2 pontja szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételten munkanélkülivé vált), és (2) a Biztosító szolgáltatásának a 8 hónapos limit kimerülése miatti megszűnése, valamint az újbóli jogosulttá válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.</p> <p><u>5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén:</u> az újabb biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés kezdőnapja és a korábbi biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés utolsó napja között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszakknak kell eltelnie.</p>
	<p><i>Teljesítési határidő:</i></p>	<p>A Biztosító a szolgáltatást az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül teljesíti, ha a biztosítási esemény tekintetében az érintett Biztosító szolgáltatási kötelezettsége beáll.</p>
	<p><i>Elévülési idő:</i></p>	<p>Az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 2 év.</p>

	<i>Mentesülési okok:</i>	Ld. az ÁBF 16.§-át.	
	<i>Kizárások:</i>	Ld. az ÁBF 17.§-át, valamint a vonatkozó KBF 'Kizárások' című §-ait	
	<i>Díjfizetés:</i>	A biztosítás díját a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítók részére, majd a megfizetett biztosítási díjat áthárítja a törlesztő számla tulajdonosára. A díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket az ÁBF 10.§-ában, az áthárított biztosítási díj mértékét a jelen Biztosítási Terméktájékoztató végén találja.	
A biztosítási esemény bejelentésének módja:	<p>A biztosítási eseményt haladéktalanul, de legkésőbb 2 éven belül be kell jelenteni az alábbi címen illetve telefonszámon: BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén) BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (egyéb esetekben) Kárrendezési osztály – 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57. Telefon: (1) 501-2374</p> <p>A biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó részletes rendelkezéseket az ÁBF 15.§-a, valamint a vonatkozó KBF 'A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok' című §-ai tartalmazzák.</p>		
A biztosítás megszűntetése	<i>Rendes felmondás:</i>	A Biztosított a rá vonatkozó biztosítást a Bankhoz intézett, az ÁBF 9.3. pontja szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal az ÁBF 9.2 pontja szerint felmondhatja .	
	<i>Azonnali hatályú felmondás:</i>	<p>A Bank a csatlakozásról írásbeli visszaigazolást küld, melyhez mellékeli az ÁBF-et. A Biztosított ezen írásbeli visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 (harminc) napon belül a biztosított jogviszonyt az ÁBF 9.3. pontja szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal indokolási kötelezettség nélkül azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a Bankhoz történő beérkezés napján 24 órakor, de legkésőbb az elküldést követő 4. munkanapon 24 órakor lép hatályba. A kockázatviselés megszűnéséig terjedő időszakra nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, az Ön által esetlegesen már megfizetett áthárított biztosítási díjat a Bank 30 napon belül visszafizeti.</p> <p>Az azonnali hatályú felmondás megtételére rendelkezésre álló 30 (harminc) napos határidő lejártát követően a Biztosítottat a továbbiakban csak a rendes felmondási jog illeti meg.</p>	
<p>A Biztosítók a fizetőképességükről és pénzügyi helyzetükről szóló éves jelentést a honlapjukon (www.bnpparibascardif.hu) a „Rólunk” menüpont alatt, a „Cégünk számokban” rovatban teszik közzé.</p>			
A biztosítás havi áthárított díja a kölcsön havi törlesztőrészletének %-ában	<i>Szolgáltatási csomag</i>	<i>Egy Biztosított esetén</i>	<i>Két Biztosított esetén</i>
	A szolgáltatási csomag	4,9%	7,4%
	B szolgáltatási csomag	3,5%	6,3%
	C szolgáltatási csomag	7,9%	11,9%

**A csoportos hitelfedezeti biztosítás a Budapest Bank Zrt.
által nyújtott
jelzálog kölcsönszerződésekhez**

Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF)

(mindkét biztosító szolgáltatására egyaránt vonatkoznak)

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet az **ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK** 3.1.4.2.2., 3.1.5-3.1.9., 3.2. pontjaira, 4.§-ára, 5.2., 5.4., 5.9., 7.3- 7.6., 8.1.2., 8.1.6-8.1.8., 9.5.3., 10.8., 10.10., 10.15-10.18., 13.3-13.7., 14.2., 15.2., 15.4., 15.6., pontjaira, 16.§-ára, 17.§-ára, 19.2. pontjára, a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – ÉLETBIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT** 2.§-ára és 3.2. pontjára, a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK LEGALÁBB 70%-OS MÉRTÉKŰ, BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGŐL EREDŐ EGÉSZSÉGGÁROSODÁSI KOCKÁZAT** 2. §-ára, 3.2., pontjaira és 5.§-ára, a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - KERESŐKÉPTELENSÉGI KOCKÁZAT** 1.3. pontjára, 2.§-ára, 3.1. 3.2., 3.4., 4.2-4.4. pontjaira és 5.§-ára, a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK – MUNKANÉLKÜLISÉGI KOCKÁZAT** 1.3, pontjára, 2.§-ára, 3.1., 3.2-3.5. pontjaira, 4.§-ára, 5.2-5.4. pontjaira, 6.§-ára és 7.2. pontjára, valamint a **KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - 5 NAPOT MEGHALADÓ KÓRHÁZI KEZELÉS KOCKÁZAT** 2.§-ÁRA, 3.1., 3.2., 3.3. és 4.2. pontjára, valamint 5.§-ára.

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

1. § Meghatározások

- 1.1. **Baleset:** a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely *(i)* a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a biztosított egészségkárosodását, illetőleg – a keresőképzetlenségi kockázat esetében - *(ii)* a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított időleges keresőképzetlenségét idézi elő.
- 1.2. **Bank:** a Budapest Bank Zrt., amely a Biztosítókkal a csoportos biztosítási szerződést szerződő félként megkötötte, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, valamint a biztosítási díjat megfizeti. (A Bank az általa megfizetett biztosítási díj összegét áthárítja a Törlesztő Számlával rendelkező személyre - a díjfizetésre vonatkozóan ld. még a 10.§ rendelkezéseit.) A Bank a Biztosítottra vonatkozó biztosítotti jogviszony létrejövetelkor a Biztosítók függő biztosításközvetítőjeként jár el. A Bank biztosításközvetítői minőségével kapcsolatos részletes tájékoztatás a Bank által a csatlakozást megelőzően átadott „Biztosításközvetítői Tájékoztató” elnevezésű dokumentumban található, amely a Bank honlapján is elérhető.
- 1.3. **Biztosító:** a haláleseti kockázat esetében a BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt., a továbbiakban

Életbiztosító), egyéb kockázatok esetében a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt., a továbbiakban **Biztosító)** (továbbiakban együttesen: **Biztosítók)**, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és a feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

- 1.4. **Biztosított:** olyan természetes személy, akire a Biztosító(k) kockázatviselése kiterjed, mivel: *(i)* megfelel a 4.§-ban írt feltételeknek, *(ii)* az általa tett csatlakozási nyilatkozattal a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott (ld. még 3.§) és *(iii)* őt erre való tekintettel a Bank a Biztosító(k)nak lejelenti, mint biztosítottat és *(iv)* rá vonatkozóan a Bank, mint szerződő a biztosítási díjat megfizeti.
- 1.5. **Egészségi Kérdőív:** 30 millió Ft-ot meghaladó összegű fennálló jelzálog-kölcsöntartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén a 3.1.7. pont szerinti esetekben a leendő Biztosított által a csatlakozási nyilatkozat mellett kitöltendő kérdőív, melynek alapján a Biztosítók a kérdésekre adott válaszokon alapuló egészségi kockázat-elbírálást végeznek és jogosultak a leendő Biztosított csatlakozását visszautasítani (ld. még a 3.1.8-3.1.9. pontokat).
- 1.6. **Havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres – a Bank által kimutatott – havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamattjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit.
- 1.7. **Törlesztő Számla:** a Bank által a kölcsönszerződés pénznemében vezetett számla, amelyről a Bank a havi törlesztéseket, valamint az áthárított biztosítási díjakat beszedi.

2. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte

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

3. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

3.1. Általános rendelkezések

- 3.1.1. A csoportos biztosítási szerződés egyidejűleg több Biztosítottra vonatkozik, amelyhez a Biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyénileg csatlakoznak. Az írásban tett csatlakozási nyilatkozat a Bank mint biztosításközvetítő átvételt igazoló aláírásával együtt érvényes.
- 3.1.2. A Bank kölcsönszerződéssel rendelkező, illetőleg kölcsönt igénylő vagy társigénylő ügyfele (a kölcsönszerződésben adós, illetve adóstárs) a csoportos biztosítási szerződéshez az általa (a 3.1.4. pontban részletezett módon) tett csatlakozási nyilatkozattal csatlakozhat. A leendő Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételkor választja ki, hogy az A, B vagy C szolgáltatási csomagot igényli.
- 3.1.3. A Bank a csatlakozásról írásbeli visszaigazolást ad át (nem a Banknál személyesen tett csatlakozási nyilatkozat esetén küld) a Biztosítottnak, amelyhez mellékeli a jelen biztosítási feltételeket.

- 3.1.4. A csoportos biztosítási szerződéshez történő csatlakozás az alábbiakban felsorolt módokon és időpontban lehetséges:
- 3.1.4.1. a kölcsönigénylés aláírásával egyidejűleg aláírt írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,
- 3.1.4.2. a kölcsönszerződés aláírását követően
- 3.1.4.2.1. személyesen a Banknál aláírt írásbeli csatlakozási nyilatkozattal,
- 3.1.4.2.2. a Bank vagy megbízottja által kezdeményezett, rögzített telefonbeszélgetés során tett szóbeli csatlakozási nyilatkozat útján (szóbeli csatlakozás kizárólag abban az esetben lehetséges, ha a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg nem haladja meg a 30 millió Ft-ot).
- 3.1.5. 60 millió Ft-ot meghaladó fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén a csatlakozás nem lehetséges.
- 3.1.6. 30 millió Ft-ot meg nem haladó fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén a Biztosítók nem alkalmazzák egészségi kockázat-elbírálást, a csatlakozás a szóbeli vagy írásbeli csatlakozási nyilatkozat megtételével – írásbeli csatlakozás esetén aláírásával - lehetséges.
- 3.1.7. 30 millió Ft-ot meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén (1) kizárólag írásbeli csatlakozási nyilatkozattal lehetséges a csatlakozás és (2) a Biztosítók a leendő Biztosított életkorától és a fennálló tartozás összegétől / a szerződött kölcsönösszegtől függően egészségi kockázat-elbírálást alkalmazzák az alábbi információ alapján az alábbi részletes rendelkezések szerint.

	szerződött kölcsönösszeg / fennálló tartozás a csatlakozás időpontjában
leendő Biztosított életkora a csatlakozás időpontjában	30.000.001 Ft - 60.000.000 Ft
18-50*	Egészségi Kérdőív
50-65**	Orvosi- és laborvizsgálat

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

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

- 3.1.8. A Biztosítók az egészségi kockázat-elbírálás alapján jogosultak a csatlakozást a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank

hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 60. naptári napig indokolás nélkül visszautasítani.

- 3.1.9. A Biztosítók a kockázat-elbírálás eredményéről 15 naptári napon belül írásban értesíti(k) a csatlakozni kívánó ügyfelet:

3.1.9.1. egészségi Kérdőíven alapuló kockázat-elbírálás esetén a csatlakozási nyilatkozatba integrált, hiánytalanul kitöltött Egészségi Kérdőív biztosítóhoz történő beérkezését követően (a hiánytalanul kitöltött Egészségi Kérdőívet a Bank a pozitív hitelbírálati döntésének meghozatalát követően továbbítja a Biztosítóknak),

3.1.9.2. orvosi- és laborvizsgálaton alapuló kockázat-elbírálás esetén azt követően, hogy a csatlakozni kívánó Ügyfélre vonatkozóan minden, a kockázat-elbíráláshoz szükséges és előírt orvosi vizsgálatról készült dokumentáció beérkezett a Biztosítókhoz. A Biztosítók akkor is jogosultak a Biztosított csatlakozását visszautasítani, ha a Biztosított az előírt orvosi vizsgálat(ko)n nem vett részt, vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 45. napig nem kapták meg.

- 3.2. Az adóstársakra vonatkozó további rendelkezések:

A csoportos biztosítási szerződéshez Biztosítottként legfeljebb kettő személy csatlakozhat (főadós és adóstárs, vagy két adóstárs) egy jelzálogkölcsönhöz kapcsolódóan. Kettő Biztosított csatlakozása esetén a Biztosítottak csak egyforma szolgáltatási csomagot választhatnak – a biztosításhoz elsőként csatlakozó biztosított szolgáltatási csomagja szerint. A biztosítási esemény bekövetkezéséhez elegendő, ha az csak az egyik Biztosított vonatkozásában valósul meg.

4. § A Biztosítottal szembeni követelmények

- 4.1. A jelen biztosítási feltételek alapján Biztosított olyan természetes személy lehet, aki
- 4.1.1. a Bankkal főadósként vagy adóstársként jelzálog kölcsönszerződést (a továbbiakban: kölcsönszerződés) kötött,
- 4.1.2. a csatlakozása időpontjában a 18. életévét már betöltötte, de még nem töltötte be a 65. életévét,
- 4.1.3. a csatlakozása időpontjában a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozása / a szerződött kölcsönösszeg nem haladta meg a 60 millió Ft-ot,

- 4.1.4. **nem részesül rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásban, továbbá a jelen biztosítás alapján nyújtott B vagy C szolgáltatási csomag igénylése esetén nem öregségi nyugdíjas.**
- 4.2. **Ha a Biztosított csatlakozásakor az A vagy a C szolgáltatási csomagot igényli és a fennálló tartozás összege / a szerződött kölcsönösszeg meghaladja a 30 millió Ft-ot, akkor a fenti 4.1.1-4.1.4. pontokban feltüntetett követelményeken felül a Biztosítottal szembeni további követelmény, hogy a Biztosítók az egészségi kockázat-elbírálás alapján a csatlakozását nem utasították vissza (ld. még a 3.1.8-3.1.9. pontokat).**

5. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 5.1. A Bank köteles **(1)** a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint **(2)** a Biztosítók által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol, **(3)** a biztosítási díjat a Biztosítóknak megfizetni (a Bank az általa megfizetett biztosítási díj összegét áthárítja a Törlesztő Számla tulajdonosára).
- 5.2. **A kölcsönszerződéshez kapcsolódó Törlesztő Számla tulajdonosa köteles a Bank részére megfizetni a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozott Biztosított(ak)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díjat (a díjfizetésre vonatkozó részletes rendelkezéseket ld. a 10. §-ban).**
- 5.3. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosítók által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.
- 5.4. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Bank és a Biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a Biztosítókkal írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosítók írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a fél közlési kötelezettségének eleget tesz. A kérdések megválaszolatlanul hagyása egymagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító(k) szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosított csatlakozásakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- 5.5. A Biztosítók a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizhetik, saját orvosuk által vizsgálatot kezdeményezhetnek.
- 5.6. A Biztosítók kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv.-ben (továbbiakban: Bit.) foglaltak szerint titokként kezelni.

- 5.7. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosítók módosíthatják az általuk aláírt módosító szerződés útján.
- 5.8. A Biztosítottakat kizárólag a saját biztosított jogviszonyuk felmondásának joga illeti meg (ld. 9.2 pont).
- 5.9. **A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a csoportos biztosítási szerződésbe történő belépésnek, (2) a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosított jogviszonyukra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.**

6. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

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

7. § A Biztosítók kockázatviselésének kezdete, tartama

- 7.1. A csoportos biztosítási szerződés egy adott Biztosítottra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, amelyet a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor ad meg.
- 7.2. A Biztosítók kockázatviselése a Biztosított kölcsönszerződésének tartamán belül arra az időszakra terjed ki, amely alatt a Biztosítottnak a kölcsönszerződés alapján tartozása áll fenn a Bank felé.
- 7.3. **A Biztosítók kockázatviselésének kezdete (i) 30 millió Ft-ot meg nem haladó tartozás / szerződött kölcsönösszeg, illetőleg (ii) 30 millió Ft-ot meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt B szolgáltatási csomag esetén:**
- 7.3.1. **a kölcsönösszeg folyósítását megelőzően tett írásbeli csatlakozási nyilatkozat esetében a kölcsönösszeg folyósításának napján 0 óra**
- 7.3.2. **a kölcsönösszeg folyósítását követően a Banknál személyesen tett utólagos írásbeli csatlakozás esetén a csatlakozási nyilatkozat megtételét követő nap 0 óra,**
- 7.3.3. **a kölcsönszerződés aláírását követően tett utólagos szóbeli csatlakozás esetében (utólagos szóbeli csatlakozás csak 30 millió Ft-ot meg nem haladó fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén lehetséges) a Bank vagy megbízottja részére telefonon tett - és rögzített - szóbeli csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontját követő naptári nap 0 óra.**

7.4. **30 millió Ft-ot meghaladó összegű fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg mellé igényelt A vagy C szolgáltatási csomag esetén a Biztosítók kizárólag akkor viselik a kockázatot, ha az egészségi kockázat-elbírálás (ld. még a 3.1.7-0. pontokat) alapján a Biztosított csatlakozását elfogadják. Ebben az esetben a kockázatviselés azon a napon 0 órától kezdődik, amelyet a Biztosítók a Biztosítottnak küldött, a kockázat elbírálás eredményéről szóló írásbeli tájékoztatásában megjelölnek (ld. még a 3.1.9. pontot). Ez az időpont nem lehet későbbi, mint a csatlakozási nyilatkozat aláírásától (ha a csatlakozási nyilatkozat aláírására a Bank hitelbírálati döntését megelőzően került sor, akkor a Bank pozitív hitelbírálati döntésétől) számított 60. naptári nap.**

7.5. **Ha a biztosítás tartama során a Biztosított az (i) A szolgáltatási csomagról B vagy C szolgáltatási csomagra, vagy (ii) C szolgáltatási csomagról A vagy B szolgáltatási csomagra vált (a csomagváltásra vonatkozó részletes szabályokat ld. a 13.3-13.7. pontokban), akkor az új szolgáltatási csomag alapján fedezett, de a korábbi szolgáltatási csomag által nem fedezett szolgáltatási csomag szerinti kockázatok vonatkozásában a kockázatviselés kezdete az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra.**

7.6. **Ha a biztosítás tartama során a Biztosított a haláleseti kockázatot nem tartalmazó B szolgáltatási csomagról haláleseti kockázatot is tartalmazó A vagy C szolgáltatási csomagra vált (a csomagváltásra vonatkozó részletes szabályokat ld. a 13.3-13.7. pontokban), akkor a kockázatviselés kezdete az új kockázatok vonatkozásában**

7.6.1. **30 millió Ft-ot meg nem haladó fennálló tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra,**

7.6.2. **30 millió Ft-ot meghaladó tartozás / szerződött kölcsönösszeg esetén - ha a Biztosítók a csomagváltást elfogadják - a Biztosítók által a Biztosított(akk)al írásban közölt kockázatelbírálási döntést (ld. még a 3.1.9. pontban) követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 óra.**

8. § A Biztosítók kockázatviselésének megszűnése

8.1. Mindkét biztosító kockázatviselése megszűnik:

8.1.1. **a Biztosított kölcsönszerződésének bármely ok miatti megszűnése esetén az utolsó havi törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órákor,**

8.1.2. **annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órákor, amely évben a Biztosított a 70. életévét betöltötte,**

8.1.3. **a Biztosított halálával,**

8.1.4. **a Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása esetén a felmondás hatályba lépésének napján (ld. 9.1 pont) 24 órákor,**

8.1.5. **a Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása esetén (ld. 9.2 pont) a felmondás beérkezésének időpontjától függően (ld. a 9.2.2.**

pontban) vagy a beérkezéskor folyamatban lévő biztosítási időszak, vagy az azt követő biztosítási időszak végén 24 órákor,

8.1.6. **az esetlegesen meg nem fizetett áthárított biztosítási díj esedékességétől számított 90. napon 24 órákor, ha az áthárított biztosítási díjat a Bank az általa küldött fizetési felszólítás(ok) ellenére az esedékességtől számított 90 nap elteltével nem tudta a Törlesztő Számláról beszedni és emiatt a Bank, mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül (ld. még a 10.15-10.16. pontokat),**

8.1.7. **a csoportos biztosítási szerződésnek a Biztosítók általi rendkívüli felmondása esetén (ld. 9.5.1. pont) a felmondási idő lejártakor folyamatban lévő biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor,**

8.1.8. **a csoportos biztosítási szerződésnek a Bank vagy a Biztosítók általi azonnali hatályú felmondása esetén (ld. a 9.5.2. pontot) a felmondás átvételének napján 24 órákor biztosított személyekre vonatkozóan a Bank által utoljára megfizetett biztosítási díj által lefedett időszak (ld. még a 10.5. pontban) utolsó napján 24 órákor.**

8.2. **Kettő Biztosított esetén a Biztosítók kockázatviselésének az egyik Biztosított vonatkozásában történő megszűnése a másik Biztosítottra nem hat ki.**

9. § Felmondás

9.1. A Biztosított biztosítotti jogviszonyának azonnali hatályú felmondása

9.1.1. **Biztosított a rá kiterjesztett kockázatviselést az írásbeli visszaigazolás (ld. még a 3.1.3. pontban) kézhezvételétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül a Bankhoz intézett, a 9.3. pont szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozat megküldése útján azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a Bankhoz történő beérkezés napján 24 órákor, de legkésőbb az elküldést követő 4. munkanapon 24 órákor lép hatályba.**

9.1.2. **Az azonnali hatályú felmondást akkor kell határidőn belül teljesítettnek tekinteni, ha a Biztosított az azonnali hatályú felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napos határidőn belül postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi. A határidőn túl tett azonnali hatályú felmondás a biztosítotti jogviszony rendes felmondásának minősül.**

9.2. A Biztosított biztosítotti jogviszonyának rendes felmondása

9.2.1. **A Biztosított jogosult a biztosítotti jogviszonyát a Bankhoz intézett, a 9.3. pont szerinti tartalmú írásbeli nyilatkozattal felmondani.**

9.2.2. **Ha a rendes felmondás a következő törlesztő részlet esedékessége előtti 15. naptári napig beérkezik a Bankhoz, úgy a biztosítás a felmondás beérkezésékor folyamatban lévő biztosítási időszak végén megszűnik. Ha a rendes felmondás**

a következő törlesztő részlet esedékessége előtti 15 naptári napon belül érkezik be a Bankhoz, úgy a biztosítás a felmondás beérkezésekor folyamatban lévő biztosítási időszakot követő biztosítási időszak végén 24 órákor lép hatályba.

- 9.3. Ha a Biztosított a 9.1. pont szerinti azonnali hatályú felmondást vagy a 9.2. pont szerinti rendes felmondást nem a Bank által rendszeresített formanyomtatványon teszi, akkor a felmondó nyilatkozatban – a feldolgozhatóság érdekében - legalább a következő adatokat kell szerepeltetni: **(1)** Biztosított neve, **(2)** Biztosított születési dátuma, **(3)** anyja neve, **(4)** személyazonosító okmány száma, **(5)** jelzálogkölcön-szerződés száma (cenzúraszám).
- 9.4. Kettő Biztosított esetén a biztosított jogviszony bármelyikük általi megszüntetése a másik Biztosított biztosított jogviszonyára nem hat ki.
- 9.5. A csoportos biztosítási szerződés felmondása
- 9.5.1. A **Biztosítók** akkor jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **90 napos** felmondási idővel **rendkívüli felmondással** felmondani, ha a biztosítási díjtétel(ek) módosítása válik szükségessé és arról a Bank és a Biztosítók nem tudnak megállapodni.
- 9.5.2. **Mind a Bank, mind a Biztosítók** jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **azonnali hatállyal** felmondani, ha a másik fél a csoportos biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségeit nem, vagy nem szerződésszerűen teljesíti. E jogával a sérelmet szenvedett Fél akkor élhet, ha a szerződésszegő Félhez intézett írásbeli nyilatkozatban – a bizonyítékokra hivatkozással – közli a szerződésszegő magatartás vagy mulasztás tényét és a másik Fél a szerződésszegő magatartást vagy mulasztást a felhívás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem szüntette meg. A **Biztosítók** akkor is jogosultak a csoportos biztosítási szerződést **azonnali hatállyal** felmondani, ha a Bank a Biztosítók által kiszámlázott díjat a számla Bankhoz történő beérkezésétől számított 90 napon belül nem fizette meg.
- 9.5.3. A **9.5.2. pont szerinti azonnali hatályú felmondás esetét kivéve a csoportos biztosítási szerződés megszűnéséről a Bank legalább 60 nappal a megszűnés hatályba lépése előtt tájékoztatja a Biztosítottakat.**

10. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

A biztosítási díjra vonatkozó általános rendelkezések

- 10.1. A biztosítási díjat, mely a Biztosítók kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítóknak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint.
- 10.2. A biztosítási díjnak a Biztosítottra jutó részét a Bank - a Biztosított által a csatlakozási nyilatkozatban tett hozzájárulás alapján – áthárítja a Biztosítottra (a díj áthárításával kapcsolatos részletes rendelkezéseket ld. a 10.11-10.18. pontokban).

- 10.3. A biztosítás havi díjfizetésű. A Bank minden Biztosított esetében egy teljes havi díjat köteles megfizetni, akkor is, ha a 6.2. pontban felsorolt esetekben az adott Biztosítottra vonatkozóan a biztosítási időszak tartama ténylegesen hosszabb vagy rövidebb, mint egy hónap.
- 10.4. A Biztosított csatlakozását követően a biztosítási díj első alkalommal a kockázatviselés kezdetét követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi időpontjában esedékes.
- 10.5. A Bank által az egyes Biztosítottakra vonatkozóan fizetendő havi biztosítási díjak az adott törlesztőrészlet esedékességével lezárult, már eltelt biztosítási időszakra vonatkoznak.
- 10.6. Az adott Biztosítottra vonatkozóan fizetendő díj összege megegyezik a havi törlesztőrészlet, mint díjszámítási alap és az adott Biztosítottra vonatkozó szolgáltatási csomag szerinti díjtétel szorzatával. Az alkalmazandó díjtételt (szorzót) a vonatkozó csoportos biztosítási szerződés és annak alapján a biztosítási terméktájékoztató rögzíti.
- 10.7. A biztosítási díjtétel a választott szolgáltatáscsomagtól és a biztosításba bevont Biztosítottak számától függően különböző. Adóstársak biztosítása esetén, ha valamelyik társbiztosítottra vonatkozóan a 8.1. pontban felsorolt okok valamelyike miatt megszűnik a kockázatviselés, a megszűnés által nem érintett Biztosítottra vonatkozóan a továbbiakban a Bank az egy Biztosítottra vonatkozó díjtétel alkalmazásával kiszámított biztosítási díjat köteles megfizetni.
- 10.8. **Ha a Biztosított a törlesztőrészlet fizetésének vonatkozásában a Bankkal halasztásban állapodott meg, úgy a Bank a halasztás időtartama alatt a legutolsó - a kölcsönszerződés devizanemében meghatározott - biztosítási díjjal egyező összegű díjat köteles havonta megfizetni a Biztosító részére.**
- 10.9. A Bank díjfizetési kötelezettsége - az alábbi 10.10. pontban szereplő kivétellel - mindaddig fennáll, amíg a Biztosító a Biztosítottra vonatkozóan a kockázatot viseli.
- 10.10. **A biztosított jogviszonynak a 9.1.2. pont szerint határidőn belülinek minősülő azonnali hatályú felmondása esetén a kockázatviselés kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartamra vonatkozóan nem áll fenn díjfizetési kötelezettség, ha ezen időtartam alatt nem következett be biztosítási esemény. Ilyen esetben a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozóan a Bank által esetlegesen már megfizetett biztosítási díjat 30 napon belül visszafizeti a Banknak.**

A Bank által megfizetett biztosítási díj áthárításával kapcsolatos rendelkezések

- 10.11. A Bank az adott Biztosítottra vonatkozóan a fenti 10.3-10.10. pontok szerint általa megfizetett biztosítási díj összegét áthárítja a Törlesztő Számla tulajdonosára.
- 10.12. Az áthárított biztosítási díj a havi törlesztőrészlettel együtt esedékes, azt a Bank a havi törlesztőrészlettelől elkülönülten (külön terhelésként), de azzal egyidejűleg szedi be a Törlesztő Számláról a saját részére.

- 10.13. Ha a Biztosítók kockázatviselése megszűnik, de a kölcsönszerződés fennmarad, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Bank a Biztosítók kockázatviselésének megszűnését követő legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékességkor szedi be.
- 10.14. Ha a Biztosítók kockázatviselése a kölcsönszerződéssel együtt szűnik meg olyan időpontban, amely nem esik egybe az utolsó törlesztőrészlet esedékességével (pl. a kölcsönszerződés felmondása, a Biztosított halála), akkor, az utolsó biztosítási időszakra vonatkozóan az áthárított díjat a Bank a kölcsönszerződés lezárásakor számolja fel.
- 10.15. **A Bank részére a kölcsönszerződés kapcsán megfizetett összegekből az áthárított biztosítási díj a havi törlesztőrészlethez képest elsőbbséget élvez. Ha a Bank részére megfizetett összeg az áthárított biztosítási díj egészét nem (sem) fedezi, az az áthárított biztosítási díj meg nem fizetésének minősül.**
- 10.16. **A Bank a sikertelen beszédést követően először szóban, ennek sikertelensége esetén írásban is felszólítja a Biztosítottat, vagy a Törlesztő Számla tulajdonosát az elmaradt összeg megfizetésére, melyben figyelmezteti ő(ke)t arra, hogy amennyiben az elmaradt összeg az eredeti esedékességétől számított 90. napig sem kerül megfizetésre, akkor a Bank mint szerződő törli a Biztosítottat a biztosítottak közül és így a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosítottra vonatkozóan az elmaradt összeg eredeti esedékességétől számított 90. napon 24 órakor megszűnik.**
- 10.17. **A Bank és a Biztosítók jogosultak a biztosítási díj kiszámításához alkalmazandó díjtétel (szorzó) mértékének a módosításában is megállapodni, melynek nyomán a havi biztosítási díj (és így a Bank által áthárított biztosítási díj) is módosulhat.**
- 10.18. **Ha a Bank által a Biztosítottra áthárított havi biztosítási díj módosul, a Bank a díjemelés hatályba lépését megelőzően legalább 30 naptári nappal korábban írásban értesíti arról a díjemelés által érintett Biztosítottakat. Ha a Biztosított a változást nem fogadja el, jogosult a biztosított jogviszonyát a 9.2. pontban foglaltak szerinti rendes felmondással megszüntetni.**

11. § Értékkövetés

A Biztosítók értékkövetést nem alkalmaznak.

12. § Maradékjogok, kötvénykölcsön

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

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

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

A. szolgáltatási csomag	<ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás
B. szolgáltatási csomag	<ul style="list-style-type: none"> • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • Munkanélküliség (állaskeresőként történő nyilvántartás 30 napot meghaladóan) <p>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • 5 napot meghaladó kórházi kezelés <p><i>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.2. pontja tartalmazza.</i></p>
C. szolgáltatási csomag	<ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • Munkanélküliség (állaskeresőként történő nyilvántartás 30 napot meghaladóan) <p>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haláleset • legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás • Keresőképtelenség (30 napon túli betegállomány) • 5 napot meghaladó kórházi kezelés <p><i>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 7.2. pontja tartalmazza.</i></p>

- 13.2. A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek (a továbbiakban: **KBF**) tartalmazzák.

- 13.3. **A Biztosított a biztosítás tartama során egy alkalommal jogosult a szolgáltatási csomagot a Banknál személyesen módosítani a Bank által rendelkezésre bocsátott formanyomtatvány megfelelő kitöltésével és aláírásával. Amennyiben egy jelzálogkölcsön szerződéshez kapcsolódóan kettő Biztosított csatlakozott, úgy a rájuk vonatkozó szolgáltatási csomag kizárólag abban az esetben módosítható, ha a Bank által rendelkezésre bocsátott és megfelelően kitöltött**

formanyomtatványt a Biztosítottak egyidejű jelenlétük alkalmával írják alá a Banknál.

- 13.4. Ha a kölcsönszerződés alapján fennálló tartozás 30 millió Ft-ot meghaladó összeg és a Biztosított a haláleseti kockázatot nem tartalmazó B szolgáltatási csomagról kíván haláleseti kockázatot is tartalmazó A vagy C szolgáltatási csomagra váltani, akkor a csomagváltáshoz az alábbi táblázatban foglalt információ alapján egészségi kockázat-elbírálás szükséges.

	fennálló tartozás a csomagváltás időpontjában
leendő Biztosított életkora a csomagváltás időpontjában	30.000.001 Ft - 60.000.000 Ft
18-50*	Egészségi Kérdőív
50-65**	Orvosi- és laborvizsgálat

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

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

- 13.5. A fenti 13.4. pont szerinti esetben a Biztosítók az Egészségi Kérdőívben adott válaszok, illetőleg az orvosi vizsgálat eredményei alapján egészségi kockázat-elbírálást végeznek. A Biztosítók jogosultak a csomagváltást az erre vonatkozó formanyomtatvány kitöltésétől számított 60 napon belül indokolás nélkül visszautasítani

13.5.1. a kockázat-elbírálás eredménye alapján, valamint

13.5.2. orvosi-és labor vizsgálat alapján végzendő kockázat-elbírálás esetén akkor, ha a Biztosított a vizsgálato(ko)n nem vett részt vagy a Biztosítók a vizsgálati eredményeket a csomagváltási nyilatkozat aláírásától számított 45. napig nem kapták meg.

- 13.6. Ha a csomagváltáshoz nem szükséges kockázat-elbírálás (azaz a fenti 13.4. pont szerinti esetek nem állnak fenn), akkor a Biztosítottra az új csomag az igénylést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességének napján 0 órától érvényes. Az új csomagnak megfelelő biztosítási díjat a Bank az adott Biztosítottra vonatkozóan az új csomag szerinti kockázatviselés hatályba lépését követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi időpontjától kezdve fizeti meg a 10.3-10.10. pontok szerint a Biztosítók részére. Ugyanezen időponttól kezdve ennek megfelelő mértékű áthárított biztosítási díj fizetendő a Bank részére a 10.11-10.18. pontokban foglaltak szerint.

- 13.7. Ha a csomagváltáshoz a fenti 13.4. pont alapján kockázat-elbírálás szükséges, a Biztosítók írásban tájékoztatják a Biztosítottat a kockázat-elbírálás eredményéről:

13.7.1. a csomagváltás elfogadása esetén közlik az új csomag alapján fedezett új

kockázatokra vonatkozóan a kockázatviselés kezdetét (a döntést követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napján 0 óra), mely időponttól a Biztosítottra az új csomag vonatkozik és az annak megfelelő biztosítási díj, valamint áthárított biztosítási díj fizetendő,

- 13.7.2. ha a Biztosítók a csomagváltást elutasítják, akkor a Biztosítottra a csomagváltás iránti igény ellenére továbbra is az eredeti szolgáltatási csomag vonatkozik és az annak megfelelő biztosítási díj, valamint áthárított biztosítási díj fizetendő.

14. § A Biztosítók szolgáltatása

14.1. Általános rendelkezések

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

- 14.1.1.1. a **Biztosított halála esetén** az Életbiztosító, a **Biztosított legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodása esetén** a Biztosító a vonatkozó KBF-ben meghatározott feltételekkel megtéríti a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára a biztosítási esemény időpontjában a Bank felé fennálló kölcsöntartozás összegét. A Biztosított fennálló kölcsöntartozása a következők szerint kerül kiszámításra:

Fennálló kölcsöntartozás = OC + I, ahol

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

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

$I = Im/30 * K$ naptári nap, ahol

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

14.1.1.2. **a Biztosított keresőképtelensége vagy munkanélkülisége esetén** a Biztosító a vonatkozó KBF-ben meghatározott feltételekkel és időtartamra megfizeti **(i)** a Biztosított által a kölcsönszerződés alapján a Bank részére fizetendő törlesztőrészeket, a 14.2. pontban szereplő limit erejéig a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, továbbá **(ii)** megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. a 10.11-10.12. pontokat) összegét.

14.1.1.3. **a Biztosított 5 napot meghaladó kórházi kezelése esetén**, ha a Biztosított a baleset következtében a kórházi felvételtől számított 5. naptári napon fekvőbetegként megszakítás nélkül kórházban tartózkodik, akkor a Biztosító megfizeti **(i)** a kórházi felvétel napját megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét a 14.2. pontban szereplő limit erejéig a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, valamint **(ii)** az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj (ld. a 10.11-10.12. pontokat) összegét a Bank részére. Ha a megszakítás nélküli kórházi tartózkodás a kórházi felvételtől számított 31. naptári napon is fennáll, a Biztosító megfizeti **(i)** a felvételtől számított 31. napot megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét is, a 14.2. pontban szereplő limit erejéig a hitelszámlára, valamint **(ii)** az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj összegét a Bank részére. A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2, a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 8 havi törlesztőrészlet és ugyanannyi havi áthárított biztosítási díj megfizetésére köteles.

14.2. Összegezésű korlátozás a Biztosító által fizetendő havi törlesztőrészletet illetően

Keresőképtelenség, munkanélküliség valamint balesetből vagy betegségből eredő, 5 napot meghaladó kórházi kezelés esetén, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem haladhatja meg a 350 ezer Ft-ot akkor sem, ha a kölcsönszerződés

alapján az adott havi törlesztőrészlet összege meghaladja a 350 ezer Ft-ot.

14.3. A Biztosítóra vonatkozó rendelkezések olyan esetben, ha az adott kölcsönszerződés alapján csak egy személy a Biztosított:

14.3.1. A Biztosító a biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak egy jogcímen teljesíti. Ha a Biztosítottnak a biztosítási szolgáltatás teljesítésének tartama alatt egy másik jogcímen is szolgáltatási igénye keletkezik, a Biztosító mindaddig az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult. Ez a rendelkezés nem alkalmazandó a keresőképtelenséget vagy munkanélküliséget követő legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás jogcímen teljesítendő szolgáltatásra. Ilyen esetben a második biztosítási esemény időpontjától a Biztosító a legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás jogcímen nyújtja a biztosítási szolgáltatást.

14.4. További rendelkezések abban az esetben, ha az adott kölcsönszerződés alapján több személy is Biztosított:

14.4.1. Kettő Biztosított esetén, ha mindkettőjükkel kapcsolatban egyszerre következik be olyan biztosítási esemény, amelynek alapján a biztosítási szolgáltatás a fennálló kölcsöntartozás kifizetése (halál vagy legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás), akkor a fennálló tartozás kifizetésére csak egy alkalommal kerül sor.

14.4.2. Kettő Biztosított esetén, ha valamelyikükkel kapcsolatban olyan biztosítási esemény (keresőképtelenség vagy munkanélküliség) következett be, melynek alapján a Biztosító a havi törlesztőrészeket fizeti meg, majd ezt követően a keresőképtelenség vagy munkanélküliség jogcímen járó szolgáltatás(ok) fizetésének tartama alatt valamelyik Biztosítottal kapcsolatban olyan biztosítási esemény következik be, amelynek alapján az érintett Biztosító a fennálló kölcsöntartozás kifizetésére lenne köteles (halál vagy legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás) és ezen újonnan bekövetkezett biztosítási esemény kapcsán az érintett Biztosító térítési kötelezettsége a vonatkozó biztosítási feltételek alapján egyébként fennáll, akkor a Biztosító a fennálló kölcsöntartozás megtérítésére alapot adó biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjával a keresőképtelenség vagy munkanélküliség jogcímen járó szolgáltatás fizetését befejezi. Ezt követően a fennálló kölcsöntartozás megfizetésére okot adó biztosítási esemény által érintett Biztosító megfizeti a biztosítási esemény napján fennálló kölcsöntartozást a Bank által a

Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára.

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

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

- 15.1. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy (a továbbiakban: biztosítási szolgáltatást igénylő személy) köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul - de legkésőbb 2 éven belül - bejelenteni az érintett Biztosítónak az alábbi címen illetve telefonszámon:

BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén)

BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (egyéb esetekben)

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

Telefon: (1) 501-2374

- 15.2. **Az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak.**
- 15.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosítók a következő dokumentumokat kérhetik:
- 15.3.1. a Banktól a Biztosított csatlakozási nyilatkozatát (szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén annak hangfelvételét),
- 15.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
- 15.3.3. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
- 15.3.4. az érintett Biztosító által a 15.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság

és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,

- 15.3.5. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását.
- 15.4. **Az érintett Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az alábbi dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumokat, diagnosztikus leleteket, háziorvosi- gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.**
- 15.5. Az egyes biztosítási kockázatokra / szolgáltatásokra vonatkozó KBF-ek a fentiekben túl további dokumentumok benyújtását írhatják elő.
- 15.6. **Abban az esetben, ha az érintett Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.**

16. § A biztosítók mentesülése

- 16.1. **Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó mentesülési okok:**

A közlési kötelezettség megsértése esetében (ideértve a csatlakozási nyilatkozatban és/vagy az Egészségi Kérdőíven - ha alkalmazandó - adott szándékosan valótlan válaszokat is) az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében. A Biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban és/vagy az Egészségi Kérdőíven (ha alkalmazandó) adott szándékosan valótlan válaszai esetén a Biztosítók megtagadhatják a szolgáltatást.

- 16.2. **A 16.1 pontban írt eseten felül az Életbiztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított**

16.2.1. **szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye során vagy azzal összefüggésben hal meg,**

16.2.2. **a biztosítás hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatzavarában követte el.**

17. § Kizárások

- Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó kizárások:**

- 17.1. **Ha a csatlakozást megelőzően eredetileg deviza alapú kölcsönszerződéssel rendelkező Biztosított a forintosítást megelőzően élt az árfolyamrögzítés lehetőségével és a deviza alapú kölcsönszerződés forintosítását követően a forintosított kölcsönszerződés mellett az árfolyamrögzítésből eredő gyűjtőszámlahitel is fennmaradt, akkor**

- biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a gyűjtőszámlahitel alapján fennálló fizetési kötelezettségeket illetően nem nyújt szolgáltatást.
- 17.2. A Biztosítók kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 17.2.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény),
- 17.2.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (e feltétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit az elkövetéskor hatályos Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás), kivéve a bejelentett tüntetéseket,
- 17.2.3. atomkárokkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
- 17.2.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőrök esetében).
- 17.3. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak a Biztosítottnak az alábbiakban meghatározott veszélyes sporttevékenységével:
- 17.3.1. búvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, szülő- vagy nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf,
- 17.3.2. hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlangi expedíció, bungee jumping (mélybeugrás),
- 17.3.3. autó- motor sportok (pl. auto-crash (roncsautó) sport, gokart sport, motocross sport, motorcsónak sport, motorkerékpár sport, rally, ügyességi versenyek gépkocsival, versenyzés gépkocsival, quad), vagy ilyen versenyekre való felkészülés,
- 17.3.4. privat-/sportrepülés/repülősportok (pl. paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés),
- 17.3.5. állat közreműködésével végzett sporttevékenységek (pl. lovaglás, lovaspólvágás, díjlovaglás, díjugratás, fogathajtás).
- 17.4. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki továbbá azokra a biztosítási eseményekre, amelyek a Biztosított hivatásszerű sporttevékenysége közben következtek be. Hivatásszerű sporttevékenységnek minősül, ha a Biztosított sportszervezettel (szakszövetséggel) létesített munkaviszony, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony vagy sportszerződés keretében végez sporttevékenységet.
- 17.5. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete vagy betegsége utasként nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés következménye.
- 17.6. A Biztosítók kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy a veleszületett rendellenességekkel (együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt.
- 17.7. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított a Biztosítók kockázatviselésének kezdetekor rokkantsági ellátásban részesül.
- 17.8. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha
- 17.8.1. a Biztosított a baleset idején alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott (alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció),
- 17.8.2. a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett,
- 17.8.3. a biztosítási esemény miatt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett,
- 17.8.4. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be,
- 17.8.5. a biztosítási esemény összefüggésben áll a biztosított nem orvosi javallatra vagy

- nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével,
- 17.8.6. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be,
- 17.8.7. a biztosítási esemény a Biztosított bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán áll be,
- 17.8.8. a Biztosított diagnosztizált betegség esetén az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

A Biztosító esetében alkalmazandó további kizárások:

- 17.9. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A Biztosító jogosult a szolgáltatást részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
- 17.10. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén, vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei (polidiszkopátia) és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.).
18. § A panaszok bejelentése, jogorvoslati fórumok
- 18.1. A csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat az érintett Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbi elérhetőségeken:
- **BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (haláleseti szolgáltatás esetén)**
 - **BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (egyéb biztosítási szolgáltatások esetén)**
Cím: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.
Tel: 06-1-501-2345, Fax: 06-1-430-2301
e-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu
- 18.2. A panasz által érintett Biztosító köteles a panaszokat kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszost 30 napon belül értesíteni.
- 18.3. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja.
- 18.4. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a szóbeli panasz kezelésével nem ért egyet, az érintett Biztosító a panaszról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolati példányát **(1)** a személyesen közölt szóbeli panasz esetén a panaszosnak átadja, **(2)** telefonon közölt szóbeli panasz esetén - a panasz közlését követő harminc napon belül megküldendő - indokolással ellátott álláspontjának megküldésével egyidejűleg megküldi a panaszosnak. A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
- 18.5. A Biztosítók felügyeleti szerve:
Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

18.6. A Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerint a panasz megoldásának sikertelensége esetén a panaszos az alábbi lehetőségek közül választhat:

18.6.1. Jogszabálysértés, így különösen a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a panaszos a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet.

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

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosító honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „panaszkezelés menüpont alatt, valamint a Biztosító ügyfélszolgálatán (elérhetőségét ld. a 17.1. pontban), továbbá ugyanitt a formanyomtatvány térítésmentes megküldése is igényelhető
- az MNB honlapján (<https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penzugyi-panasz/>)

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezhető továbbá a formanyomtatvány elektronikus ügyintézés keretében (az Ügyfélkapun keresztül) történő benyújtásával is.

Fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezésére abban az esetben van lehetőség, ha azt megelőzően a Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és (i) a panaszra nem kapott választ, vagy (ii) a panasz kivizsgálása nem a vonatkozó jogszabályokban előírtak szerint történt, vagy (iii) a kapott válaszból egyéb, a vonatkozó jogszabályokban előírt fogyasztói jogot sértő körülményt vélelmez.

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

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

18.6.2.1. bírósághoz fordulhat, vagy
18.6.2.2. a Pénzügyi Békéltető Testület (PBT)
(Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levélcím: H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172., Ügyfélszolgálat címe: 1013.
Budapest, Krisztina krt. 39., Telefon: (36-80) 203-776, E-mail:

ugyfelszolgalat@mnbb.hu) eljárását kezdeményezheti

- Elektronikus formában az Ügyfélkapun keresztül, vagy
- Írásban (postai úton - levelezési cím: H-1525 Budapest Pf.: 172.) vagy személyesen (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.)

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

A PBT eljárásának kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

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

19. § Egyéb rendelkezések

- 19.1. A Biztosítók a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat (ide nem értve a szóbeli csatlakozási nyilatkozatot, valamint a személyesen vagy telefonon bejelentett panaszokat) csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.
- 19.2. **A biztosításból eredő igények az igény alapjául szolgáló esemény bekövetkezésétől számított 2 év elteltével elévülnek.**
- 19.3. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Különös biztosítási feltételek (KBF) Életbiztosítási kockázat

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

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (a továbbiakban: Életbiztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

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

2. § Területi hatály

A biztosítás valamennyi országban bekövetkezett biztosítási eseményre kiterjed.

3. § Az Életbiztosító szolgáltatása

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

4. § Az Életbiztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

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

Különös Biztosítási Feltételek (KBF)

Legalább 70%-os mértékű, balesetből vagy betegségből eredő egészségkárosodás kockázat

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

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (a továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetből vagy betegségből eredő olyan testi fogyatkozása, melynek következtében egyéb októl függetlenül a Biztosított legalább 70%-os mértékű egészségkárosodását (rokkantságát) állapítja meg jogerős határozatában a magyar szakigazgatási szerv.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az a nap, amelyen a szakigazgatási szerv a legalább 70%-os mértékű egészségkárosodás miatti rokkantságot megállapító jogerős határozatát meghozta.

2. § Területi hatály

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

3. § A biztosító szolgáltatása

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

4. A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az ÁBF-ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:

- 4.1. az egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatósági állásfoglalás / szakvélemény másolata,
- 4.2. a rokkantságot és a rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozatot,
- 4.3. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok, és egyéb orvosi indokolások dokumentációinak hiteles másolatait.

5. § Kizárások

- 5.1. **A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.**
- 5.2. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az egészségkárosodás megállapítására vonatkozó kérelem benyújtása után felvett hitelekre,**
- 5.3. **A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor bármilyen jogcímen - kivéve az özvegyi nyugdíjat - nyugdíjas.**

Különös Biztosítási Feltételek (KBF) Keresőképtelenségi kockázat

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

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

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

2. § Területi hatály

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

3. § A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a 4.1-4.3. pontokban foglaltak szerint megfizeti **(1)** a biztosítási esemény bekövetkezésének napján vagy az azt követően esedékesé váló törlesztőrészleteket (meghatározását ld. az ÁBF 1.6. pontjában), de **törlesztőrészletenként legfeljebb 350 ezer Ft-ot**, a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, továbbá **(2)** megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az ÁBF 10.11-10.12. pontjait) összegét.
- 3.2. **A Biztosító a 3.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a keresőképtelenség megszűnéséig, vagy (ii) a kölcsönszerződés megszűnésének időpontjáig, (iii) de legfeljebb 8 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 3.3. Ha a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül a Biztosított a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok miatt újból keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti és a keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgáltat.
- 3.4. **A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 32 hónap szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.**

4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az ÁBF-ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 4.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 4.1.2. a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését vagy BNO kódját,

- 4.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát.
- 4.2. Első szolgálatként a Biztosító a keresőképtelenség 31. napján vagy azt követően esedékessé váló törlesztőrészletet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díjat) fizeti meg abban az esetben, ha a Biztosított benyújtotta a fenti 4.1.1-4.1.3. pontokban felsorolt, valamint a Biztosító által esetlegesen bekért, az ÁBF 15.4. pontjában felsorolt dokumentumokat és igazolta, hogy több mint 30 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 4.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség 31. napján vagy azt követően állítottak ki. Az első szolgáltatás az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.
- 4.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha erre a biztosított továbbra is jogosult) a 4.1.3 pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.
- 4.4. Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a keresőképtelenségének további fennállását a 4.3 pont szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

5. § Kizárások

- 5.1. A Biztosító kockázatviselése - az ÁBF-ben foglaltakon túl - nem terjed ki:
- 5.1.1. aszténiával, depresszióval és más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.2. nem balesetből eredő (pl.: poszttraumatikus stressz szindróma), pszichiátriai vagy pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.3. detoxikálással, alvásterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.4. geriatríai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.5. rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.6. gyógypedagógiával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.7. gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.8. orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,
- 5.1.9. anyasággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:

- 5.1.9.1. terhesség és szülés miatti keresőképtelenség,
- 5.1.9.2. gyermekápolási táppénz,
- 5.1.9.3. GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége (kivéve, ha a biztosított a GYES vagy GYED mellett kereső tevékenységet folytat - ha ez a vonatkozó jogszabályok alapján számára megengedett - és e kereső tevékenység folytatása során válik keresőképtelenné),
- 5.1.10. olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,
- 5.1.11. olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,
- 5.1.12. a keresőképtelenség időtartama alatt történt csatlakozás esetén arra a keresőképtelenségre, amelynek tartama alatt a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatot tette,
- 5.1.13. a kölcsönszerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.
- 5.2. Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét, vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménynek és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.
- 5.3. A Biztosító nem nyújt szolgáltatást arra a keresőképtelenségre, amely a kockázatviselés kezdetekor már fennállt.

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 6.2. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen** az, aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül, illetve az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okokból hatóságilag elkölönítenek, továbbá aki járványügyi-, illetve állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.

Különös Biztosítási Feltételek (KBF) Munkanélküliségi kockázat

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

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett, 30 egymást követő napot meghaladó álláskeresőként (munkanélkülüként) történő nyilvántartása.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként (munkanélkülüként) nyilvántartott állapotának a 31. napja.
- 1.3. E KBF szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett vétlen és a Biztosított akaratán kívüli ok miatti álláskeresővé (munkanélkülüként) válása minősül biztosítási eseménynek.

2. § Területi hatály

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

3. § A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító az 5.2-5.3. pontok szerint megfizeti (1) a biztosítási esemény bekövetkezésének napján vagy az azt követően esedékessé váló törlesztőrészleteket (meghatározását ld. az ÁBF 1.6. pontjában), de törlesztőrészletenként legfeljebb 350 ezer Ft-ot a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, továbbá (2) megfizeti a Bank részére az adott hónap(ok)ra vonatkozóan a Bank által áthárított biztosítási díj (ld. az ÁBF 10.11-10.12. pontjait) összegét.
- 3.2. A Biztosító az 1.1. pontban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén is csak abban az esetben köteles szolgáltatást nyújtani, ha a Biztosított az álláskeresőként történő nyilvántartásba vételét megelőző legutóbbi munkaviszonyának megszűnését megelőző 12 hónap során a 7.3. pont szerint folyamatosnak minősülő, a 7.2. pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett.
- 3.3. A Biztosító a 3.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a Biztosított álláskeresőkénti (munkanélkülükénti) nyilvántartása megszűnésének időpontjáig, vagy

(ii) a kölcsönszerződés megszűnésének időpontjáig, (iii) de – egy biztosítási esemény kapcsán – legfeljebb 8 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be hamarabb.

- 3.4. Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 8 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosított a Biztosító szolgáltatásának megszűnését követően ismételten a 7.2 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismételten munkanélkülüként vált, továbbá (2) a 8. havi szolgáltatás kifizetése és az újbóli munkanélkülüként válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
- 3.5. A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 32 hónap szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

4. § Várakozási idő

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

Ha a Biztosított a munkanélküliségi kockázat a Biztosított csomagváltása (ld. még az ÁBF 13.3-13.7. pontjaiban) folytán terjed ki, akkor a várakozási időt a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó kockázatviselési kezdő időponttól (ld. az ÁBF 7.6. pontjában) kell számítani.

5. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 5.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az ÁBF-ben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
 - 5.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 5.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
 - 5.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
 - 5.1.4. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolatát,
 - 5.1.5. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
 - 5.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső,
 - 5.1.7. az álláskeresési járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a

- megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
- 5.1.8. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ez a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükséges.
- 5.2. **Első szolgáltatásként a Biztosító a megszakítás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 31. napján vagy azt követően esedékessé váló törlesztőrészletet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díjat) fizeti meg abban az esetben, ha a Biztosított benyújtotta a fenti 5.1.1-5.1.8. pontokban felsorolt dokumentumokat és igazolta, hogy több mint 30 napja megszakítás nélkül álláskeresőként tartja nyilván a munkaügyi központ vagy kirendeltség. A teljesítéshez az 5.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a megszakítás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 31. napján vagy azt követően állítottak ki. Az első szolgáltatás az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.**
- 5.3. **Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha erre a biztosított továbbra is jogosult) az 5.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.**
- 5.4. **Ha a Biztosított az 5.3 pont szerintieket nem igazolja, a Biztosító a kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.**

6. § Kizárások

- 6.1. **A Biztosító kockázatviselése - az ÁBF-ben foglaltakon túl - nem terjed ki:**
- 6.1.1. **a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,**
- 6.1.2. **olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően (i) nem állt a 7.2 pont szerinti munkaviszonyban, vagy (ii) a 7.2 pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszüntetését megelőző 6 hónap során a munkavégzése – a táppénz, illetve a munkáltató érdekkörében felmerült ok kivételével – szünetelt,**
- 6.1.3. **a munkaviszony megszűnésére, ha (i) a munkáltatói jogok gyakorlója a Biztosított vagy a Biztosított hozzátartozója, vagy (ii) a Biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy (iii) a Biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik,**
- 6.1.4. **a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszűnésére, kivéve, ha a**

- benyújtott dokumentumok alapján megállapítható, hogy a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszüntetését nem a munkavállaló kezdeményezte,**
- 6.1.5. **a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett felmondás miatti megszűnésére,**
- 6.1.6. **a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,**
- 6.1.7. **a munkaviszonynak a munkáltató által azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,**
- 6.1.8. **a munkáltató általi felmondásra öregségi vagy rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,**
- 6.1.9. **a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a kockázatviselés kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette.**
- 6.2. **A 6.1.2 pontban szereplő kizárás nem alkalmazandó abban az esetben, ha a Biztosított a csatlakozásakor és az azt követő 12 hónap során folyamatosan, valamint az álláskeresővé válását megelőzően a 7.2 pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett, de az álláskeresővé válását megelőzően GYES-en vagy GYED-en volt, majd az ellátásra való jogosultsági időtartam lejártát követően a munkáltató a biztosított munkaviszonyát megszüntette.**
- 6.3. **A Biztosító nem nyújt szolgáltatást, ha a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjáig a Biztosított vagy a munkáltatója felmondást vagy azonnali hatályú felmondást, közös megegyezéssel történő munkaviszony megszüntetést kezdeményezett.**

7. § Fogalom meghatározások

- 7.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, aki a vonatkozó jogszabályok alapján (i) a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, (ii) oktatási intézmény nappali tagozatán nem folytat tanulmányokat, (iii) öregségi nyugdíjra nem jogosult, rehabilitációs járadékban, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban nem részesül, (iv) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony kivételével munkaviszonyban nem áll, és egyéb keresőtevékenységet sem folytat, (v) elhelyezkedése érdekében az állami foglalkoztatási szervvel együttműködik, és akit (vi) az állami foglalkoztatási szerv álláskeresőként nyilvántart.
- 7.2. **Munkaviszony: legalább heti 20 órás, (i) a Munka Törvénykönyvéről szóló törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) kormányzati szolgálati jogviszony (v), bírósági és igazságügyi-illetőleg ügyészségi szolgálati viszony, (vi) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.**
- 7.3. **Folyamatos munkaviszony:** a Biztosító folyamatos munkaviszonynak tekinti, ha a Biztosított kettő

munkaviszonya között 15 naptári napnál kevesebb idő telik el.

Különös Biztosítási Feltételek (KBF) 5 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat

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

Az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) 1.3. pontja szerinti érintett biztosító (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján, díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 3.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja.

Jelen KBF-ben foglaltak az Életbiztosítóra és a Biztosítóra egyaránt vonatkozó ÁBF rendelkezéseivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

1.1. Jelen KBF alapján biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset vagy betegség közvetlen következményeként, kórházban, fekvőbetegként, az önrészesedés tartamát (5 naptári nap) meghaladó folyamatos kezelése.

2. § Területi hatály

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

3. A Biztosító szolgáltatása

- 3.1. Ha a Biztosított az alábbi 6.1. pontban meghatározott egyes Jogosultsági Időpontokban a kórházi felvételt eredményező baleset vagy betegség következtében fekvőbetegként megszakitás nélkül kórházban tartózkodik (a továbbiakban: kórházi tartózkodás), akkor a Biztosító megfizeti **(1)** az adott Jogosultsági Időpontot megelőzően esedékessé vált **legutóbbi havi törlesztőrészlet** (meghatározását ld. az ÁBF 1.6. pontjában) **összegét, de legfeljebb 350 ezer Ft-ot** a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett hitelszámlára, valamint **(ii)** az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj (ld. az ÁBF 10.11-10.12. pontjait) összegét a Bank részére.
- 3.2. Ha a megszakitás nélküli kórházi tartózkodás a kórházi felvételtől számított 31. naptári napon is fennáll, a Biztosító megfizeti **(i)** a felvételtől számított **31. napot megelőzően legutóbb esedékessé vált havi törlesztőrészlet összegét is, de legfeljebb 350 ezer Ft-ot** a hitelszámlára, valamint **(iii)** az ugyanezen időpontban esedékessé vált áthárított biztosítási díj összegét a Bank részére.
- 3.3. **A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 2 havi, a biztosítás tartama alatt összesen legfeljebb 8 havi törlesztőrészlet (és az azzal együtt esedékessé váló áthárított biztosítási díj)**

megfizetését vállalja. Az újabb biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés kezdőnapja és a korábbi biztosítási eseményt eredményező kórházi kezelés utolsó napja között legalább 6 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszaknak kell eltelnie.

4. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

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

5. § Kizárások

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

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. **Jogosultsági Időpont:** első alkalommal a kórházi felvétel napját követő 5. naptári nap, ezt követően – ha a kórházi tartózkodás megszakítás nélkül továbbra is fennáll - a 31. naptári nap.
- 6.2. **Kórház:** a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek – a **(1)** szanatóriumok, **(2)** rehabilitációs intézetek, **(3)** gyógyfürdők, **(4)** gyógyüdülők, **(5)** elmekóros állapotú- és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetek, **(6)** geriátriai, „krónikus” intézetek, **(7)** szociális otthonok, **(8)** alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak, valamint **(9)** kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

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

A biztosítási titok

1. A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) szerint biztosítási titok minden olyan minősített adatot nem tartalmazó, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, és a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni

- helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
2. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosítók tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítókkal kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
 3. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn, illetve a Biztosítók ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad vagy a Biztosítók által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.
 4. Ha az alább felsorolt személyek / hatóságok / szervek írásbeli megkereséssel fordulnak a Biztosítókhoz, a titoktartási kötelezettség nem áll fenn:
 - a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal szemben;
 - az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel szemben;
 - büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyonfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyonfelügyelővel, rendkívüli vagyonfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal szemben;
 - a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel szemben;
 - az adóhatósággal szemben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli;
 - a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal szemben;
 - a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben;
 - a feladatkörében eljáró gyámhatósággal szemben;
 - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel szemben;
 - törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel szemben;
 - a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával szemben;
 - a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal szemben;
 - a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben.
 5. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
 - a viszontbiztosítóval, a BNP Paribas csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal szemben. A Biztosítók által megbízott viszontbiztosítók listája a Biztosítók honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg
 - az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosítóval szemben;
 - a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben. A Biztosítóknak kiszervezett tevékenységet végző szervezetek listája a Biztosítók honlapján, a www.bnpparibascardif.hu oldalon tekinthető meg.
 - a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval szemben,
 - a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (Hpt.) meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját;
 6. A Biztosítók a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is kötelesek haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
 - a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel;
 - a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
 7. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha
 - a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot;
 - a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli

- megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
8. A Biztosítók az ügyfelet nem tájékoztathatják az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat, a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv, valamint a bíróság adatkérése, illetve írásbeli megkeresése alapján történő adattovábbításról.
9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása;
 - abban az esetben, ha a Biztosítók az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesznek eleget;
 - a Hpt. 164/B. § szerinti adattovábbítás.
10. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg;
 - a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása;
 - a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás;
 - ha a Biztosítók által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki;
 - ha a Biztosítók által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
11. A Biztosítók a 7. és 9. pontokban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatják.
12. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosítók által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
- ha a Biztosítók ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
 - ha - az adatalany hozzájárulásának hiányában - az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

13. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

14. A Biztosítók – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályban, vagy a szerződésben vállalt kötelezettségük teljesítése során a szolgáltatás jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhatnak más biztosítóhoz. A Biztosítók a más biztosító által hozzájuk intézett, a fentiek szerinti megkeresés esetén a megkeresésben szereplő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül kötelesek átadni a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkereső biztosítónak.
15. A megkeresés illetve az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozhat:
- 15.1. baleseti-, betegségi- vagy, életbiztosítási kockázatok (pl. keresőképtelenségi, rokkantsági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személyazonosító adatai;
 - a biztosítandó vagy a biztosított személy adatfelvételi, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
 - szerződőt, a biztosítottat, a kedvezményezettet érintő korábbi – a baleset-, betegség- vagy életbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
- 15.2. munkanélküliségi kockázat vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan:
- a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személyazonosító adatai;
 - a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok;
 - a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
 - a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
16. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító

tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, a 90 napos időtartam meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

17. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 14. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
18. A megkereső biztosító az általa tett megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére a mindenkor hatályos adatvédelmi tárgyú jogszabályokban szabályozott módon tájékoztatja.
19. Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.

A személyes adatok kezelése

20. A BNP Paribas Csoport fontosnak tartja az ügyfelek személyes adatainak védelmét; erre tekintettel szigorú elveket határozott meg a személyes adatok védelméről szóló [chartájában: https://group.bnpparibas/uploads/file/bnpparibas_personal_data_privacy_charter.pdf, amely a https://group.bnpparibas/en/group/bnp-paribas-worldwide weboldalon található meg.](https://group.bnpparibas/uploads/file/bnpparibas_personal_data_privacy_charter.pdf)
21. A Biztosítók adatkezelőként felelősek az ügyfelek személyes adatainak gyűjtéséért, valamint kezeléséért. Az adatkezelési tájékoztató célja, hogy tájékoztassa az ügyfeleket a kezelt adatok köréről, az adatkezelés és az adattovábbítás céljáról, az adatkezelés időtartamáról, valamint a jogokról és azok gyakorlásáról.
22. Az Adatkezelő:

életbiztosítási kockázat:	BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.)
egyéb kockázatok:	BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (székhely: 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.)
23. Személyes adatnak minősül az azonosított vagy azonosítható természetes személyre („érintett”) vonatkozó bármely információ; azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, különösen valamely azonosító, például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító vagy a természetes személy testi, fiziológiai, genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára vonatkozó egy vagy több tényező alapján azonosítható. A Biztosítókkal közölt személyes adatok biztosítási titoknak minősülnek a természetes személy ügyfelek esetén.
24. A Bit. 135. § (1) bekezdése értelmében a Biztosítók jogosultak kezelni ügyfeleiknek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel,

annak létrejöttével, nyilvántartásával, valamint a szolgáltatással összefüggnek.

25. Milyen személyes adatokat kezelnek a Biztosítók?

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

- *azonosításhoz szükséges adatok* (pl. teljes név, születési név, anyja neve, azonosító szám (személyi igazolvány, útlevél, vezetői engedély adatai, stb.), állampolgárság, születési hely és idő, nem, TAJ szám, fénykép);
- *személyes és munkahelyi kapcsolattartási adatok* (pl. állandó és levelezési cím, tartózkodási cím, e-mail cím, telefonszám);
- *családi helyzet és családi körülmények* (pl. családi állapot, hozzátartozók megnevezése, gyermekek száma és életkora, a háztartásában élők száma stb.);
- *gazdasági, pénzügyi és adózási adatok* (pl. adóazonosító, adóügyi státusz, jövedelem és más bevételek, vagyona);
- *tanulmányi és foglalkoztatási adatok* (pl. tanulmányi szint, munkahely, munkaadó neve, foglalkozás, javadalmazás);
- *biztosításával kapcsolatos adatok* (pl. ügyfél azonosítási szám, szerződésszám, kedvezményezett neve, díjfizetési adatok, garanciák, tartam, díj, díjcsökkenés, bankszámla adatok, a szerződésre vonatkozó adatok, a biztosított tárgyra vonatkozó azonosító adatok és műszaki tulajdonságok, hitelfedezeti, jövedelemplótló és számlavédelmi biztosítás esetén a hitel-, kölcsön-, lízing illetve bankszámla szerződésre vonatkozó adatok, közműszolgáltatóval kötött szerződés adatai, stb);
- *kockázatbíráláshoz szükséges adatok* (pl. földrajzi elhelyezkedés, a biztosított tárgyak jellemzői, hitel- illetve kölcsöntartozással, társadalombiztosítással kapcsolatos adatok);
- *biztosítási kárral és szolgáltatással kapcsolatos adatok* (pl. kártörténet, kárkifizetések, szakvélemények, károsult adatok);
- *szokásaival és preferenciáival kapcsolatos adatok* (pl. a biztosításával összefüggésben az életmódjával és a biztosított tárgyak használatával kapcsolatos adatok)
- *a velünk való interakcióból származó adatok:* internetes oldalaink, alkalmazásaink, közösségi oldalaink látogatása, (kapcsolati és nyomonkövetési adatok, például sütik, kapcsolat online szolgáltatásokkal, IP-címek), valamint találkozók, hívások, csevegések, e-mailek, interjúk, telefonbeszélgetések;
- *videokamerás védelem* (CCTV-t is beleértve) és *földrajzi helymeghatározási adatok* (pl. biztonsági okokból, vagy a legközelebbi szolgáltató helyének

meghatározása érdekében a szolgáltatás helyszínének megjelenítése);

- *készülékére vonatkozó adatok* (IP-cím, műszaki jellemzők, és egyedi azonosító adatok);
- *a BNP Paribas webhelyére és alkalmazásába való belépéshez használt bejelentkezési adatok,*
- *videokamerás megfigyelés* (CCTV) ügyfélszolgálaton történő személyes megjelenés esetén;
- *nyereményjátékokban, sorsolásokban és reklámkampányokban az Ügyfelek részvételéhez tartozó adatok* (a részvétel dátuma, az Ügyfelek válaszai);
- *a biztosítási csalások, a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelemhez szükséges adatok.*

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

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

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

26. Kik érintik az ügyfelek nyilatkozatát, és kiktől gyűjtik a személyes adatokat a Biztosítók?

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

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

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

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

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

27. Miért és milyen jogi alapon használják fel a Biztosítók az ügyfelek személyes adatait?

a. Jogi és hatósági kötelezettségeknek való megfelelés céljából

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

- figyelemmel követik a tranzakciókat, hogy azonosítsa azokat, melyek eltérnek a megszokott mintáktól/rutintól;
- kezelik, megelőzik és felderítik a csalást;
- figyelemmel követik és jelentést tesznek azokról a kockázatokról (pénzügyi kockázat, megfelelési, hírnévvel kapcsolatos, vagy nemteljesítési kockázat stb.), melyek a Biztosítókat és/vagy a BNP Paribas Csoportot érinthetik;
- amennyiben szükséges, rögzítik a telefonhívásokat, csevegéseket, e-maileket, stb., a lentebb leírt más felhasználás mellett;
- megelőzik és felderítik a pénzmosást és a terrorizmus finanszírozását, és megfelel a szankciókkal és embargókkal kapcsolatos rendelkezéseknek az „Ismerd meg az ügyfeled” (KYC) elv révén (azonosítja az ügyfeleket, ellenőrzik a személyazonosságukat, megnézik, hogy szerepelnek-e szankciós listákon, és meghatározzák az ügyfelek profilját);
- felderítik és kezelik a gyanús megbízásokat és tranzakciókat;

- a biztosításerértékesítésre vonatkozó szabályoknak megfelelően felméri, hogy a javasolt vagy választott biztosítási termék mennyire felel meg az ügyfelek igényeinek;
- segítik az adócsalás elleni küzdelmet, és teljesítik az adóellenőrzési és bejelentési kötelezettségeket;
- számviteli célból rögzítik a tranzakciókat;
- megelőzik, felderítik és jelentik a vállalati társadalmi felelősséggel és fenntartható fejlődéssel kapcsolatos kockázatokat;
- műveletekkel, tranzakciókkal vagy megbízásokkal kapcsolatos adatokat szolgáltatnak és jelentenek, és válaszolnak megfelelő hatáskörrel rendelkező helyi vagy külföldi pénzügyi, adóügyi, közigazgatási, bűnügyi vagy igazságügyi hatóság, választottbírói vagy közvetítői testület, bűnüldöző szerv, állami ügynökség vagy közjogi szerv hivatalos kérésére.

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

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

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

c. A Biztosítók jogos érdekének érvényesítése céljából

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

- Kockázatkezelési célok:
 - a biztosítási és áthárított biztosítási díjak megfizetésének igazolása, beleértve elektronikus nyugta;
 - csalás kezelése, megelőzése és felderítése;
 - a Biztosítók figyelemmel követik a tranzakciókat, hogy azonosítsák azokat, amelyek eltérnek a megszokott rutintól;
 - követelések behajtása;
 - jogi igények alátámasztása és védelem jogviták esetében;
 - egyéni statisztikai modellek kidolgozása a kockázatok kezelésének javítása valamint meglévő illetve új termékek fejlesztése érdekében;
- A Biztosítók és a BNP Paribas entitásai személyre szabják az ügyfeleknek nyújtott kínálatukat, hogy:

- fejlesszék a termékek és szolgáltatások minőségét;
- az ügyfelek helyzetéhez és profiljához illő termékeket és szolgáltatásokat nyújtsanak;
- felméri az ügyfelek preferenciáit és igényeit, hogy személyre szabott biztosítási ajánlatokat tegyenek.

A személyre szabás a következő módokon történhet:

- ✓ az ügyfelek és leendő ügyfelek szegmentálása;
- ✓ különböző kommunikációs csatornákon mutatott szokásainak és preferenciáinak elemzése (e-mailek vagy üzenetek, webhelyeink felkeresése stb.);
- ✓ az ügyfelek adatainak a BNP Paribas más entitásával való megosztása, különösen akkor, ha az adott személy már ügyfele vagy leendő ügyfele az adott entitásnak, és a Biztosítók fel szeretnék gyorsítani a szerződéses kapcsolatlétesítést;
- ✓ összevetése azoknak a termékeknek vagy szolgáltatásoknak, amelyekkel az ügyfelek vagy leendő ügyfelek már rendelkeznek, olyan egyéb adatokkal, amelyeket a Biztosítók őriznek az ügyfelekre vonatkozóan (pl. amelyekből megállapíthatók, hogy az adott ügyfélnek vannak gyermekei, de még nem rendelkezik családi biztosítással);
- ✓ a meglévő ügyfelek közös tulajdonságainak és magatartásának figyelembe vétele, és hasonló tulajdonságokkal rendelkező személyek keresése, hogy a Biztosítók megfelelő biztosítási szolgáltatást kínáljanak.
- Kutatás és fejlesztés (R+D), beleértve statisztikák és modellek létrehozása, hogy a Biztosítók:
 - optimalizálják és automatizálják folyamataikat (pl. GYIK csevegőrobot létrehozása);
 - az ügyfelek igényeit legjobban kielégítő termékeket és szolgáltatásokat nyújtsanak;
 - a termékek és szolgáltatások forgalmazását, tartalmát és árát összehangolják az ügyfelek profiljával;
 - új ajánlatokat hozzanak létre;
 - megakadályozzák a lehetséges biztonsági hibákat, javítsák az ügyfelek hitelesítésének és a hozzáférési jogosultságoknak a kezelését;
 - javítsák a biztonságirányítást;
 - javítsák a kockázatok és a megfelelőség kezelését;
 - javítsák a csalás kezelését, megelőzését és felderítését;
 - elősegítsék a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása elleni küzdelmet.
- Biztonsági okok és az informatikai rendszerek teljesítménye, beleértve:
 - IT menedzsment, beleértve az infrastruktúra kezelését (pl. megosztott platformok), üzletmenet folytonossága és biztonság (pl. internetes felhasználók hitelesítése);
 - személyi sérülés, és a személyeket és árukat érintő károk megelőzése (például videokamerás védelem).

- A Biztosítók:
 - tájékoztatást nyújtanak az ügyfeleknek a termékeikről és szolgáltatásairól;
 - pénzügyi műveleteket végeznek, például hitelportfólió eladása, értékpapírosítás, a BNP Paribas Csoport finanszírozása vagy refinanszírozása;
 - versenyeket és nyereményjátékokat, ár versenyeket, sorsolást és más promóciós tevékenységeket szerveznek;
 - ügyfélelégedettségi és közvéleménykutatói felméréseket végeznek;
 - javítják a folyamataik hatékonyságát (képzést nyújtanak a munkatársaknak a telefonos ügyfélszolgálati hívások rögzítésével és elemzésével, és javítják a hívási módokat);
 - automatizálják a folyamataikat, pl. alkalmazás tesztelése, panaszok automatikus kezelése stb.

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

d. Az ügyfelek döntési szabadságának tiszteletbe tartása érdekében, a Biztosítók az Ügyfelek hozzájárulását kérik az alábbi adatkezelésekhez:

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

Személyes adatok kezelése, amely nagyobb hatással lehet az ügyfelekre:

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

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

a. Az adatok megosztása a BNP Paribas Csoporton belül

A Biztosítók a BNP Paribas Csoporthoz tartoznak, amely világszerte szorosan együttműködő különböző vállalatokat foglal magába, hogy létrehozzon és forgalmazzon különböző

banki, pénzügyi és biztosítási szolgáltatásokat és termékeket.

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

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

b. Az adatok közzététele a BNP Paribas Csoporton kívül

Az adatkezelési tájékoztatóban foglalt egyes célok teljesítése érdekében a Biztosítók időről időre megoszthatják az Ügyfelek személyes adatait a következőkkel:

- a Biztosító nevében szolgáltatást (pl. informatikai szolgáltatás, logisztika, nyomtatási szolgáltatás, telekommunikáció, követelésbehajtás, tanácsadás és konzultáció, értékesítés és marketing) nyújtó szolgáltatókkal;
- banki és kereskedelmi partnerek, független ügynökök, közvetítők és brókerek, viszontbiztosítók, pénzügyi intézmények, szerződő felek, akikkel kapcsolata van a Biztosítóknak, ha az adatok továbbítása szükséges a szolgáltatások és termékek megfelelő nyújtásához, vagy ahhoz, hogy a Biztosítók eleget tegyenek a szerződéses kötelezettségeiknek (pl. bankok, pénzügyintézetek, letéteményesek, letétkezelők, értékpapírok kibocsátói, kifizetőhelyek, biztosító társaságok, fizetési rendszerek működtetői, fizetési kártyák kibocsátói vagy közvetítői);
- hitelinformációs ügynökségek;
- helyi vagy külföldi pénzügyi, adóügyi, közigazgatási, büntető vagy igazságügyi hatóságok, választottbírói vagy közvetítői testületek, bűnüldöző szervek, állami intézmények vagy közjogi szervezetek, ha a Biztosítók vagy a BNP Paribas Csoport bármely tagja köteles adatot szolgáltatni a következők miatt:
 - a kérésük alapján;
 - védekezés céljából egy ügyben, perben vagy eljárásban, vagy erre válaszul;
 - megfelelés egy rendelkezésnek, vagy egy hatóság útmutatásának, ami vonatkozik a

Biztosítóra vagy a BNP Csoport egy tagjára;

- bizonyos szabályozott szakmai tevékenységet végzők, mint például ügyvédek, közjegyzők, adminisztrátorok/vagyonkezelők, hitelminősítő intézetek, egészségügyi szakértők vagy könyvvizsgálók, ha ez bizonyos körülmények (peres eljárás, ellenőrzés stb.) miatt szükséges, továbbá a BNP Paribas Csoport vagy biztosító cégeinek és vállalatainak tényleges vagy tervezett vevői.
- társadalombiztosítási szervek, ha a kártérítési igények elbírálása miatt szükséges a megkeresésük, vagy amikor a Biztosítók kiegészítő ellátásokat kínálnak a szociális juttatásokhoz;
- a szerződésben érdekelt felek, például:
 - a szerződő, a díjfizető, a biztosított, a kedvezményezett és a kárbejelentő vagy képviselőik;
 - a szerződést értékesítő és a szerződéses jogutód;
 - a balesetért felelős személyek, a sértett illetve károsult felek, képviselőik és a tanúk.

c. Aggregált vagy anonimizált adatok megsztása

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

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

29. Személyes adatok nemzetközi továbbítása

Adatok továbbítása az EGT-n kívülre

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

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

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

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

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

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

Az ügyfelek esetében:

A Biztosítók az ügyfelekre vonatkozó biztosítási titoknak minősülő adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelik, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosítási szerződés megkötésével, nyilvántartásával, valamint a biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a Biztosítók a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény 169. § alapján 8 évig őrzik meg. A biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, adózással kapcsolatos, bizonylatnak minősülő dokumentumokat az Adózás rendjéről szóló CL. törvény 78. § (3) bekezdésében meghatározottak szerint 5 évig őrzik meg.

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

A Biztosítók termékei iránt érdeklődők valamint leendő ügyfelek esetében:

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

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

Amennyiben az igényfelmérő eredménye alapján a leendő ügyfél biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz vagy csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozik, és a

biztosítási jogviszony létrejön, akkor az igényfelmérő megőrzésre kerül a szerződéses dokumentáció részeként.

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

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

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

Amennyiben az ügyfelek panaszt jelentenek be:

A rögzített hangfelvételeket a Biztosítók öt évig megőrzik. A Biztosítók a hozzájuk beérkezett panaszt és az arra adott választ öt évig megőrzik.

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

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

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

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

31. Mik az ügyfelek jogai és hogyan gyakorolhatják őket?

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

- **Hozzáféréshez való jog:** információt kérhetnek személyes adataik kezeléséről, és másolatot is kérhetnek ezekről az adatokról.
- **Helyesbítéshez való jog:** ha úgy gondolják, hogy a személyes adataik pontatlanok vagy hiányosak, kérhetik a személyes adataik helyesbítését.
- **Törléshez való jog:** a törvény által megengedett mértékben kérhetik a személyes adataik törlését.
- **Korlátozáshoz való jog:** az ügyfelek kérhetik a személyes adataik kezelésének a korlátozását.
- **Tiltakozáshoz való jog:** tiltakozhatnak a személyes adataik kezelése ellen. Joguk van tiltakozni a személyes adataiknak közvetlen üzletszerzési célokra történő felhasználása ellen, beleértve a közvetlen üzletszerzési célokhoz kapcsolódó profilalkotást is.
- **Hozzájárulás visszavonása:** joguk van bármikor visszavonni az személyes adataik kezeléséhez adott hozzájárulást.
- **Adathordozhatósághoz való jog:** ha jogilag alkalmazható, az ügyfeleknek joguk van ahhoz, hogy a Biztosító visszajuttassa az ügyfeleknek a kapott és/vagy kezelt személyes adatokat, vagy ha ez technikailag megoldható, akkor továbbítsa azokat harmadik félnek.

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

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

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

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

Az ügyfelek hatékony bírósági jogorvoslatra jogosultak, ha megítélésük szerint a személyes adataiknak a GDPR-nak nem megfelelő kezelése következtében az adatkezelő vagy az adatfeldolgozó megsértette a GDPR szerinti jogait. Az adatkezelővel vagy az adatfeldolgozóval szembeni eljárást az adatkezelő vagy az adatfeldolgozó tevékenységi helye szerinti tagállam bírósága előtt kell megindítani. Az ilyen eljárás megindítható az érintett szokásos tartózkodási helye szerinti tagállam bírósága előtt is.

32. Hogyan értesülhetnek az ügyfelek az adatkezelési tájékoztató változásairól?

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

33. Kapcsolatfelvétel

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

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

BNP Paribas CARDIF – DPO
8 rue du Port, 92728 Nanterre -France