

**CIB Bank Zrt. személyi kölcsönszerződéssel rendelkező üzletfelei számára csoportos
hitelfedezeti biztosítási védelem -**

élet-, baleset-, egészség- és munkanélküliségi biztosítási feltételek

(CIB-SZK-3)

Hatályos: 2024.09.20.

Jelen Biztosítási feltétel (továbbiakban: **Feltételek**) – ellenkező megállapodás hiányában – a Generali Biztosító Zrt. (a továbbiakban: **Biztosító**) és a CIB Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank és/vagy Szerződő) közötti, a CIB Bank személyi kölcsönhöz kapcsolódó hitelfedezeti védelem tárgyában létrejött csoportos biztosítási szerződésre (a továbbiakban: **Biztosítási szerződés**) érvényes, feltéve, hogy a biztosítási szerződést jelen Feltételekre hivatkozással kötötték.

A jelen Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosítási szerződés részét képező „**A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések**” (továbbiakban: **Ügyfélértékelő**) elnevezésű dokumentum, a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadóak.

„**A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések**” elnevezésű dokumentum és a jelen Feltételek eltérése esetén a jelen Feltételek rendelkezései az irányadók.

1. Értelmező rendelkezések

- 1) **Kölcsönszerződés:** az a szerződés, amely a Bank, mint hitelező és az adós, mint Biztosított között jön létre, és amelynek alapján a Bank az adós részére személyi kölcsönt nyújt.
- 2) **Kintlévőség:** a jelen feltétel alkalmazásában a mindenkori aktuális kintlévőség a Biztosított Kölcsönszerződése alapján fennálló tartozása, mely tartalmazza az aktuális **Tőketartozást** valamint a biztosítási esemény időpontját megelőző Törlesztőrészlet esedékességének (Fizetési moratórium esetén az Elvi Törlesztőrészlet esedékességének) napja és a biztosítási esemény időpontja közötti időszakra eső kamattartozást és a kölcsönrel kapcsolatosan ezen időszakban felmerülő valamennyi egyéb költséget, valamint a biztosítási esemény időpontja és a szolgáltatási igény biztosító általi elbírálása között eltelt időtartamra, - legfeljebb 2 hónapra járó - a Kölcsönszerződés alapján meghatározott késedelmi és ügyleti kamatokat és kezelési költséget.
- 3) **Tőketartozás:** a mindenkori aktuális tőketartozás megegyezik a Bank által az Adós részére folyósított kölcsönösszegnek az Adós által a Bank részére már megfizetett Törlesztőrészletek tőkerészeivel csökkentett összegével.
- 4) **Törlesztőrészlet:** a Kölcsönszerződés keretében nyújtott kölcsönösszeg visszafizetésére irányuló rendszeres havi, az Adóst terhelő fizetési kötelezettség. A Kölcsönszerződésbe foglalt eltérő megállapodás hiányában, a Törlesztőrészlet a kölcsön tőkéjének és a mindenkori hatályos kamatának, illetve a kezelési költségnek a havonta megfizetendő részösszegét jelenti. A Törlesztőrészlet képezi a biztosítási díj alapját és a Biztosító szolgáltatásának mértékét keresőképtelenség és munkanélküliség biztosítási események esetén abban az esetben is, ha a Kölcsönszerződés Fizetési moratóriumnak nem minősül bármilyen, a Bank és/vagy jogszabály által az Adósnak adott átmeneti jellegű fizetéskönnyítés alatt áll.
- 5) **Adós:** az a természetes személy, aki a Bankkal Kölcsönszerződést (jelen Feltételek 1. pont 1. bekezdés) köt, továbbá a Kölcsönszerződéshez kapcsolódó törlesztési számla tulajdonosa. Az Adós az adott Kölcsönszerződéshez kapcsolódó, rá áthárított teljes biztosítási szolgáltatási díj fizetésére kötelezett személy.

- 6) **Jogszabályban rögzített fizetési moratórium:** A jelen Biztosítási feltételek alkalmazásában jogszabályban rögzített fizetési moratórium alatt értendő minden olyan a Kölcsönszerződést érintő fizetési könnyítés, amely nem minősül a Szerződéses fizetési moratóriumnak.
- 7) **Szerződéses fizetési moratórium:** a Bank által az Adós részére a banki szerződéses feltételeknek megfelelően adott olyan hitelkönnyítés, amikor egy meghatározott időszakra a Bank az Adóst teljes egészében (azaz a tőketörlesztésre és a kamatfizetésre és az egyéb (pl. kezelési költségre) vonatkozóan is) mentesíti a Kölcsönszerződésben foglalt fizetési kötelezettségei alól, ide nem értve a **Jogszabályban rögzített fizetési moratórium** esetét (továbbiakban: **szerződéses fizetési moratórium**).
- 8) **Fizetési moratórium:** jelen Biztosítási feltételek alkalmazásában fizetési moratórium alatt kell érteni a Szerződéses fizetési moratóriumot és Jogszabályban rögzített fizetési moratóriumot egyaránt.
- 9) **Biztosítási időszak:** az adott havi Törlesztőrészlet, Fizetési moratórium esetén Elvi Törlesztőrészlet esedékességét követő naptól a következő havi Törlesztőrészlet, Fizetési moratórium esetén Elvi Törlesztőrészlet esedékességének napján 24 óráig tartó időszak azzal, hogy az első biztosítási időszak az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított következő Törlesztőrészlet/Elvi Törlesztőrészlet esedékességének napján 24 óráig tart.
- 10) Jelen feltétel szerint **munkaviszony** alatt a legalább heti 30 órás, határozatlan tartamú, (i) a Munka Törvénykönyvéről szóló törvény („Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszonyt, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati, köztisztviselői jogviszonyt, (iii) közalkalmazotti jogviszonyt, (iv) bírósági és igazságügyi- illetve ügyészségi szolgálati viszonyt, (v) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonyát valamint azon munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyokat kell érteni, amely alapján a Biztosított Magyarországon álláskeresési járadékra jogosultságot szerez. Munkaviszonynak minősül a legalább 12 hónapra szóló határozott idejű és legalább heti 30 óra munkavégzésre irányuló jogviszony is. A Biztosító kockázatviselése kizárólag jelen pontban hivatkozott Munkaviszonyra terjed ki.
- 11) Jelen feltétel szerint **munkáltató által gyakorolt felmondás** alatt kell érteni minden olyan, a munkáltató (munkáltatói jogkör gyakorlója) által tett, a munkaviszony megszüntetésére irányuló egyoldalú nyilatkozatot, mely nem a munkavállaló szerződésszegésén, illetve munkaviszonya fenntartását lehetetlenné tevő magatartásán alapul (pl. felmondás, felmentés, stb.), ideértve a csoportos létszám-csökkentést, vagy a munkáltató jogutód nélküli megszűnését is.
- 12) Jelen Feltételek szerint **munkavállaló által gyakorolt azonnali hatályú felmondás** alatt kell érteni minden olyan, a munkavállaló által tett, a munkaviszony megszüntetésére irányuló egyoldalú nyilatkozatot, mely a munkáltató szerződésszegésén, illetve a munkaviszony fenntartását lehetetlenné tevő munkáltatói magatartáson alapul (pl. azonnali hatályú felmondás, rendkívüli lemondás).
- 13) Jelen feltétel szerint **közös megegyezéssel történő munkaviszony-megszüntetés** alatt kell érteni minden, a hatályos jogszabályoknak megfelelően, érvényesen eszközölt Munkaviszony megszüntetést, melyet a felek közös megegyezés keretében írnak alá.
- 14) **Várakozási idő** kizárólag a **munkanélküliségi kockázat tekintetében alkalmazandó** – a Biztosítási szerződés hatályának az adott Biztosítottra való kiterjesztésétől kezdődő - azon **egyszeri 90 napos időszak, mely alatt a Biztosító kockázatviselése a Biztosított munkanélküliségével kapcsolatos biztosítási eseményekre nem terjed ki.**
- 15) **Vállalatirányítási befolyással rendelkező személy:** a Biztosított, ha az adott munkáltatónál irányítási jogkörrel, vagy befolyásoló részesedéssel rendelkezik, így különösen, ha ő a munkáltató tulajdonosa, vezető tisztségviselője, többségi részvényese, valamint közvetve, vagy közvetlenül a Polgári Törvénykönyvben rögzített többségi befolyással rendelkezik.
- 16) **Hozzá tartozónak** minősülnek a Munka törvénykönyvében ekként meghatározott személyek: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az

örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa.

17) **Orvosszakértői Intézet:** a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás illetve egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult magyarországi szerv.

18) **A baleset fogalma**

- a) **Baleset** az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított **egészségkárosodást** szenved, illetve amely a Biztosított **halálát** okozza.
- b) **Balesetnek minősül továbbá**
 - 1) a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok-, vagy/és agyvelőgyulladás, ha a betegséget szerológiai módszerrel megállapították és az legkorábban 15 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 15 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor az agyburok- vagy/és agyvelőgyulladásként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - 2) a veszettség, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 60 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 60 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a veszettségként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz,
 - 3) a tetanuszfertőzés, ha a betegséget megállapították és az legkorábban 20 nappal a kockázatviselés kezdete után, legkésőbb pedig 20 nappal annak befejeződése után jelentkeznek. A betegség kezdetének az a nap tekintendő, amikor a tetanuszfertőzésként diagnosztizált betegség miatt először fordultak orvoshoz.

1. **Nem minősül balesetnek**

- 1) az élő kórokozók (baktérium, vírus, protozoon) emberi, vagy állati gazdaszervezetből (hordozó) emberi fogadószervezetbe jutása/juttatása (a továbbiakban együtt: átvitele) még abban az esetben sem, ha az átvitelt balesetszerű fizikális ok váltja ki;
- 2) a foglalkozási betegség (ártalom);
- 3) a Biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be;
- 4) a csontok patológiás törései, a sokszor ismétlődő (habitális) ficam
- 5) a porckorongsérv kialakulása kivéve, ha a porckorongsérv az egyébként ép porckorongot kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- 6) a hasi sérv kialakulása kivéve, ha a hasi sérv az egyébként ép hasfalat kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye,
- 7) az ízületi porcok, szalagok, egyéb lágyrészek károsodása kivéve, ha a károsodás az egyébként ép ízületet kívülről közvetlenül érő, egyszeri, extrém, mechanikus behatás következménye.

19) **Betegség:** az emberi szervezet működésében bekövetkező rendellenes állapot.

20) Jelen Feltételek alkalmazásában **saját jogú nyugellátásban részesülőnek** minősül (továbbiakban: **nyugdíjjogosult**) az a természetes személy, aki a mindenkor hatályos külön jogszabályban meghatározott szolgálati idő megszerzése, illetve a mindenkor hatályos külön jogszabályban rögzített életkor betöltése okán nyugellátásban részesül. Nyugdíjjogosultnak minősül továbbá az, akinek nyugdíjjogosultsága egészségi állapotára tekintettel került megállapításra.

21) Jelen Feltételek alkalmazásában **Távértékesítésnek** minősül a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény 2. § (1) bekezdés f) pontjában megjelöltek szerint, a Bank és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződés alapján a biztosított jogviszony távközlő eszköz útján történő létrehozatala. A távközlő eszköz lehet telefon, vagy egyéb online csatorna, illetve minden olyan eszköz, amely alkalmas a felek távollétében - a biztosított jogviszony létrehozatala érdekében – a biztosított nyilatkozat megtételére.

22) **Önfoglalkoztatott:** jelen Feltétel alkalmazásában önfoglalkoztatottnak minősül, az a munkát végző személy, aki maga szervezi foglalkoztatásának feltételeit, azaz önmaga foglalkoztatásáról egyéni

vállalkozás keretében, gazdasági társaság tevékenységében személyesen közreműködő tagként, mezőgazdasági őstermelőként, vagy az ehhez kapcsolódó szolgáltatói tevékenység keretében gondoskodik vagy személyes közreműködéssel, illetve egyéb vagyoni értékű szolgáltatás teljesítésével vesz részt a szövetkezet gazdasági tevékenységében.

- 23) **Magzatnál fennálló egészségi ok miatt bekövetkező terhesség megszakítás:** amennyiben a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékossgban vagy egyéb egészségkárosodásban szenved, és az arra jogosult állami szerv engedélyével kizárólag e miatt történik a terhesség megszakítás.
- 24) **Kölcsönösszeg:** az Adós által a Bankkal kötött Kölcsönszerződésben meghatározott, a Bank által az Adós részére kifolyósított kölcsön összege.
- 25) **Havi szolgáltatási összeg:** A jelen Feltételek az 1. pontjának (4) bekezdésében meghatározott Törlesztőrészlet és a jelen Feltételek 4. pontjában meghatározott havi biztosítási szolgáltatási díj összege.
Fizetési moratórium esetén a jelen Feltételek 1. pontjának (28) bekezdésében meghatározott Elvi Törlesztőrészlet és havi biztosítási szolgáltatási díj összege.
- 26) **A biztosítás tartama:** A biztosítás határozatlan időtartamra jön létre azzal, hogy az adott Biztosított vonatkozásában a biztosított jogviszony – a jelen Feltételekben rögzített egyéb megszűnési ok hiányában – a Kölcsönszerződés tartamához igazodik, azaz a Kölcsönszerződés bármely okból való megszűnésével a biztosított jogviszony is minden további jogcselekmény nélkül, automatikusan megszűnik.
- 27) **Kondíciós lista:** a Bank egyes Szolgáltatásaira vonatkozó kamatokat, díjakat, költségeket és jutalékokat, azok mértékét, valamint egyéb általános szerződési feltételeket tartalmazó, a Kölcsönszerződés részét képező dokumentum.
- 28) **Elvi Törlesztőrészlet:** jelen feltétel alkalmazásában Elvi Törlesztőrészlet alatt azt a havonta felmerülő összeget kell érteni, amit az Adós a Kölcsönszerződése vonatkozásában abban az esetben fizetne meg a Bank részére, ha a Kölcsönszerződés nem állna Fizetési moratórium alatt. Az Elvi Törlesztőrészlet összege megegyezik a Törlesztőrészlet összegével. Fizetési moratórium esetén az Elvi Törlesztőrészlet képezi a havi biztosítási szolgáltatási díj alapját és a Biztosító szolgáltatásának mértékét keresőképtelenség és munkanélküliség biztosítási események esetén.
- 29) **Fizetéskönnyítés:** a Bank és/vagy jogszabály által az Adós részére adott olyan hitelkönnyítés, amikor egy meghatározott időszakra a Bank és/vagy jogszabály az Adóst részben (azaz a tőketörlesztésre, és/vagy a kamatfizetésre és/vagy a kezelési költségre vonatkozóan) mentesíti a Kölcsönszerződésben foglalt fizetési kötelezettségei alól.
- 30) **Biztosítási szolgáltatási csomagok:** jelen feltétel alkalmazásában a Biztosított igényelhet kizárólag Alap csomag szerinti biztosítási fedezetet, mely esetben a biztosítási szolgáltatásokat a biztosító – biztosítási esemény esetén – kizárólag a Bank, mint kedvezményezett részére teljesíti. A Biztosított az Alap csomag szerinti biztosítási fedezeten túl, annak kiegészítéseként Dupla kiegészítő csomagot is igényelhet, mely esetben biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító kétszeres kifizetést teljesít akként, hogy az Alap csomag szerinti - Banknak nyújtott - teljesítésen túlmenően az Alap csomagba tartozó biztosítási szolgáltatás(ok)at a kiegészítő Dupla csomag szolgáltatásaira jogosult kedvezményezett(ek) részére is kifizeti. A csomagokba tartozó biztosítási kockázatokat és a biztosító által teljesítendő biztosítási szolgáltatásokat a jelen feltétel tartalmazza.

2. Általános rendelkezések

2.1. A Biztosítási szerződés alanyai

- 1) **Szerződő:** a CIB Bank Zrt. (továbbiakban: Bank, székhely: 1024 Budapest, Petrezselyem utca 2-8., cégjegyzékszám: 01-10-041004, MNB törzsszáma: 204121400442), aki a Biztosítási szerződést a Biztosítóval megkötö, és aki a biztosítási díj Biztosító részére történő megfizetésére kötelezettséget vállal.
- 2) **Biztosításközvetítő:** CIB Bank Zrt., mint a Biztosítóval kötött ügynöki szerződés alapján eljáró függő biztosításközvetítő (továbbiakban: **Biztosításközvetítő**, székhely: 1024 Budapest, Petrezselyem utca 2-8.), aki a Biztosítási szerződés közvetítésében és a Biztosítottak Biztosítási szerződéséhez történő csatlakoztatásánál biztosításközvetítőként részt vesz.

- 3) **Biztosító:** Generali Biztosító Zrt. (továbbiakban: **Biztosító**, székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.; cégjegyzékszám: 01-10-041305, MNB törzsszáma: 10308024), aki a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli és jelen Feltételekben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 4) **Biztosított:** az a 18-72 év közötti természetes személy (továbbiakban: **Biztosított**), aki a Bankkal kötött Személyi Kölcsönszerződésben Adósként került megnevezésre, és aki a Biztosítotti nyilatkozat megtételével hozzájárul ahhoz, hogy a Bank és a Biztosító között létrejött Biztosítási szerződés hatálya rá is kiterjedjen.

A Biztosítási szerződés alapján nem válhat Biztosítottá az a személy, aki a Biztosítotti nyilatkozat megtételekor 18. életévét még nem töltötte be, vagy a 71. életévét már betöltötte.

A Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet be a Biztosítási szerződésbe.

A Biztosító kockázatviselése egy adott Kölcsönszerződéshez kapcsolódóan legfeljebb egy Biztosítottra terjedhet ki.

A Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában legkésőbb annak a naptári évnek a végéig viseli a kockázatot, amelyben a Biztosított a 72. életévét betöltötte.

Adott Biztosított több Kölcsönszerződéshez kapcsolódóan is biztosítottá válhat, figyelemmel a jelen Feltételek 5.5 pontjában megfogalmazottakra.

- 5) **Kedvezményezett(ek):** a Biztosítottnak a Biztosítotti nyilatkozaton adott beleegyezése alapján

Alap csomag választása esetén:

A Bank, aki az Alap csomag szerinti biztosítási szolgáltatásokra jogosult.

Az Alap csomagon túl kiegészítő Dupla csomag választása esetén:

Az Alap csomag szerinti kedvezményezetten felül, a kiegészítő dupla kifizetés jogosultja(i):

A Biztosított életében esedékes szolgáltatások esetén a Biztosított. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse(i) vagy a Biztosított által írásban megjelölt személy(ek).

A haláleseti kedvezményezett vonatkozásában a Bank, mint szerződő a Biztosítóval megkötött Biztosítási szerződésben kifejezetten hozzájárult ahhoz, hogy a Biztosított a saját biztosítotti jogviszonyához kapcsolódóan, a Biztosító dupla kifizetéssel járó kiegészítő Dupla szolgáltatása vonatkozásában, – a Szerződő további külön, ezirányú nyilatkozata nélkül - írásban kedvezményezettet jelöljön, vagy a kedvezményezett személyét módosítsa, melynek következtében a haláleseti kedvezményezett jelölésére és a kedvezményezett személyének módosítására a saját biztosítotti jogviszonya tekintetében – a Biztosító dupla kifizetéssel járó kiegészítő Dupla szolgáltatása vonatkozásában - a Biztosított önállóan jogosult. A jelen pontban rögzített jogosultsága alapján a Biztosított a biztosítotti jogviszonya fennállása alatt a Biztosítóhoz címzett és a Biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal haláleseti kedvezményezettet jelölhet meg, illetve bármikor ugyanilyen formában a kedvezményezett-jelölést módosíthatja feltéve, hogy a kedvezményezett-jelölés vagy annak módosítása a biztosítási esemény bekövetkezése előtt a Biztosító tudomására jut.

A haláleseti **kedvezményezett-jelölés hatályát veszti**, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy jogutód nélkül megszűnik.

Amennyiben az adott Biztosítottra vonatkozóan haláleseti kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett-jelölés hatályát veszítette, vagy nem volt érvényes a biztosítási esemény időpontjában, akkor a biztosított halála esetén esedékes, dupla kifizetéssel járó kiegészítő Dupla szolgáltatások kedvezményezettje(i) a biztosított örököse(i).

- 4) A Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése a biztosítotti jogviszony létrejöttének időpontjában, munkanélküliségi kockázat tekintetében pedig a Várakozási idő eltelte után kezdődik meg feltéve, hogy a Biztosított nyilatkozat a kockázatviselés kezdetére vonatkozóan ettől eltérő dátumot nem tartalmaz.
- 5) A Biztosító kockázatviselése a baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás kockázat vonatkozásában a Biztosított saját jogú nyugellátási jogosultsága megszerzésének időpontját követő nap 0. órájában, de legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követő nap 0. órájában kezdődik.
- 6) Amennyiben a Biztosított az Alap csomag kiegészítéseként a Dupla csomag igényléséről nyilatkozik (csomagmódosítás) a jelen Feltételek 2.3 pont 2) bekezdése szerint, akkor az Alap csomag szolgáltatásait kiegészítő Dupla csomag szolgáltatásai tekintetében a biztosító kockázatviselése a csomagmódosításra irányuló Biztosított nyilatkozat Bankhoz való beérkezését követő törlesztőrészlet esedékességét követő nap 0. órakor kezdődik.
- 7) Távértékesítés keretében tett csomagmódosítás esetén a jelen Feltételek 2.4. pont 6) bekezdésében foglalt időpontban a Biztosító kockázatviselése abban az esetben kezdődik meg, amennyiben a Biztosított a nyilatkozattétel során ehhez kifejezetten hozzájárul.
- 8) Amennyiben a Biztosított a távértékesítés keretében történő csomagmódosítás során jelen Feltételek 2.4. pont 7) bekezdésben írtakhoz nem járul hozzá, akkor a Biztosító kockázatviselése a kiegészítő Dupla csomag szolgáltatásai tekintetében az Alap csomaghoz képest a többlet szolgáltatásra vonatkozóan (kétszeres kifizetés) a csomagmódosításról szóló nyilatkozat megtételének igazolásaként a Biztosított részére megküldött tájékoztató dokumentumok Biztosított általi kézhezvételétől számított 30. napot követő nap 0. órájában kezdődik.

2.5 A kockázatviselés megszűnése

- 1) **A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában valamennyi biztosítási kockázat tekintetében megszűnik az alábbiak szerint:**
 - a) a Kölcsönszerződés bármely okból való megszűnésének napját követő nap 0. órakor, azzal, hogy arra a biztosítási időszakra esedékes biztosítási szolgáltatási díj, amelyben a biztosítotti jogviszony megszűnik a Biztosított megilleti;
 - b) a Biztosított halála esetén a halál időpontjában, figyelemmel jelen Feltétel 4. és 5.5 pontjában foglaltakra;
 - c) annak a naptári évnek a végén, amelyben a Biztosított a 72. életévét betöltötte, azzal, hogy arra a biztosítási időszakra esedékes biztosítási szolgáltatási díj, amelyben a biztosítotti jogviszony megszűnik, a Biztosított megilleti;
 - d) a Biztosított 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodásának Orvosszakértői intézet általi megállapítása esetén, abban az esetben, ha a Biztosító szolgáltatást teljesít, a teljesítés napján, figyelemmel jelen Feltétel 4. valamint 5.5. pontjában foglaltakra;
 - e) a Biztosított felmondási jogának gyakorlása esetén (Távértékesítéssel történő csatlakozáskor az azonnali hatályú felmondási jog gyakorlása esetén is) a felmondás jelen Feltételek 2.5. pontjának (5) bekezdés szerinti hatályosulásakor, figyelemmel jelen Feltétel 4. pontjában foglaltakra;
 - f) a Biztosítottra vonatkozó áthárított biztosítási szolgáltatási díj elmaradása esetén, az elmaradt szolgáltatási díj esedékességétől számított második Törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órakor, a Biztosító vagy a Bank külön ezirányú felszólítása, illetve teljesítési póthatáridő tűzése nélkül is. A jelen bekezdésben foglaltak irányadók abban az esetben is, ha az esedékes biztosítási szolgáltatási díjat az Adós, mint Biztosított csak részlegesen fizeti meg;
 - g) a Biztosító adott Biztosított vonatkozásában gyakorolt felmondásával, a jelen Feltételek 3. pontban foglaltak szerint, figyelemmel jelen Feltétel 4. pontjában foglaltakra;
 - h) a Biztosított balesetből eredetű, legalább 30%-os maradandó egészségkárosodásának megállapítása esetén, abban az esetben, ha a Biztosító szolgáltatást teljesített, a teljesítés napján, figyelemmel jelen Feltétel 4. és 5.5 pontjában foglaltakra.
- 2) **A Biztosító kockázatviselése valamennyi, a jelen Feltétel alapján létrejött csoportos szerződés keretében Biztosított vonatkozásában megszűnik a Bank és a Biztosító között**

létrejött Biztosítási szerződés bármely okból történő megszűnése esetén. Mind a Biztosító, mind a Bank a Biztosítási szerződést rendes felmondással megszüntetheti.

A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a rá vonatkozó biztosítási díjjal fedezett biztosítási időszak utolsó napján, de legkésőbb a Biztosítási szerződés megszűnésének napján 24 órakor szűnik meg. A Bank valamennyi Biztosítottat előzetesen írásban értesíti a Biztosítási szerződés megszűnéséről és annak a Biztosító kockázatviselésére gyakorolt hatásáról.

3) A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában az alábbi kockázatok (biztosítási esemény) tekintetében megszűnik az alábbiak szerint:

Biztosított 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodása, keresőképtelenség és munkanélküliség biztosítási kockázatokra vonatkozó kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik a Biztosított saját jogú nyugellátási jogosultságának megszerzésének időpontjában, de legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltésekor (a 65. születésnapon 24 órakor).

4) Amennyiben a Biztosított a kiegészítő Dupla csomag megszüntetését igényli a jelen Feltételek 2.3 pont 2) bekezdése szerint (csomagmódosítás), akkor a biztosító kockázatviselése megszűnik a kiegészítő Dupla csomag szolgáltatásai tekintetében a módosító Biztosítotti nyilatkozat Bank általi átvételét követő Törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órakor, és a biztosítotti jogviszony az Alap csomag szerinti tartalommal marad érvényben.

A Biztosító kockázatviselésének teljes vagy részleges megszűnése esetén arra a biztosítási időszakra esedékes biztosítási szolgáltatási díj, amelyben a biztosítotti jogviszony megszűnik, a Biztosítót megilleti.

5) A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása (felmondási jog)

- a) A Biztosított a Távértékesítés keretében tett Biztosítotti nyilatkozat útján létrejött biztosítotti jogviszonyt, a Biztosítotti nyilatkozat megtételét követően, a jogviszony létrejöttére vonatkozó írásbeli visszaigazolás kézhezvételét követő 30 napon belül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával indokolás nélkül írásban, azonnali hatállyal felmondhatja. A jelen Feltétel 2.4. pont 2.) bekezdésében írt esetben a felmondó nyilatkozat Bank általi átvételéig a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási kockázatot vállalja. Amennyiben ezen időszak alatt az adott Biztosított vonatkozásában biztosítási esemény nem történt, úgy a rá vonatkozó biztosítási szolgáltatási díj fizetésére kötelezett személy (a vonatkozó Kölcsönszerződés Adósa) által már megfizetésre került biztosítási szolgáltatási díj a díjfizető személy (a vonatkozó Kölcsönszerződés Adósa) részére – a Bank által – visszatérítésre kerül.
- b) A Biztosított nem Távértékesítés keretében tett Biztosítotti nyilatkozattal létrejött biztosítotti jogviszonyát a biztosítotti jogviszony kezdetét (jelen Feltétel 2.4. pont) követő 30 napon belül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával indokolás nélkül írásban, azonnali hatállyal felmondhatja. A felmondó nyilatkozat Bank általi átvételéig a Biztosító az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási kockázatot vállalja. Amennyiben ezen időszak alatt az adott Biztosított vonatkozásában biztosítási esemény nem történt, úgy a rá vonatkozó biztosítási szolgáltatási díj fizetésére kötelezett személy (a vonatkozó kölcsönügylet Adósa) által már megfizetésre került biztosítási szolgáltatási díj a díjfizető személy (a vonatkozó kölcsönügylet Adósa) részére – a Bank által – visszatérítésre kerül.
- c) A Biztosított a jelen szakasz a) és b) pontjában rögzítetteken túlmenően is jogosult a biztosítás hatályának rá történő kiterjesztésére vonatkozó Biztosítotti nyilatkozatát írásban, indokolási kötelezettség nélkül a Bankhoz megküldött nyilatkozatával visszavonni (továbbiakban: felmondás). A Biztosított a felmondást tartalmazó nyilatkozatát bármikor megteheti. Ilyen esetben a Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a felmondást tartalmazó nyilatkozat Bankhoz való beérkezését követő Törlesztőrészlet/Elvi Törlesztőrészletfizetés esedékességének napján 24 órakor megszűnik azzal, hogy a

megszűnés időpontjáig a Biztosítottra áthárított biztosítási szolgáltatási díj a Biztosítót megilleti.

A biztosítotti jogviszony felmondása (megszűnése) a Bankkal megkötött Kölcsönszerződést nem érinti.

2.6. A kockázatviselés tartama

5.5 A biztosítási szerződés határozatlan időre, a biztosítotti jogviszony határozott időre jön létre, azzal, hogy a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének tartama – figyelemmel a jelen Feltételek 2.4. és 2.5 pontjaiban rögzített rendelkezésekre is – a Kölcsönszerződés tartamához igazodik.

2.7. A biztosítás területi hatálya

A Biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.

3. A Szerződő és a Biztosított közlési- és változásbejelentési kötelezettsége és a Biztosító szerződésmódosítási és felmondási lehetősége, új lényeges körülmények felmerülése, valamint a biztosítási kockázat jelentős növekedése esetén

A Szerződő és a Biztosított kötelesek a közlési- és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.

- 1) A közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított a Biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a biztosítotti jogviszony létrejöttékor, és a Biztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentése esetén kötelesek a Biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítási kockázat elvállalása, valamint a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A Biztosító kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.
- 2) A Szerződő és a Biztosított kötelesek a Biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony fennállása alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni a Biztosítási szerződésben, illetve a biztosítotti nyilatkozaton közölt, illetve a Biztosítási szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását.
Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire a Biztosító kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a Szerződő vagy a Biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, így különösen a Szerződő címe és a Biztosított neve, születési neve, születési helye, születési dátuma, anyja születési neve és állandó lakcíme.
A Biztosított az egészségi állapotában beállott változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni.
- 3) **A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő, illetve a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosítási szerződés megkötésekor, illetve a biztosítotti jogviszony létesítésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.**
- 4) Ha a Biztosító a Biztosítási szerződés megkötése, illetve a biztosítotti jogviszony létesítése után szerez tudomást a Biztosítási szerződést, vagy valamely biztosítotti jogviszonyt érintő lényeges körülményekről vagy azok változásáról, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, akkor az adott Biztosított(ak) vonatkozásában kockázatelbírálást végezhet, és ennek eredményeként a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül javaslatot tehet a Biztosítási szerződés (biztosítotti jogviszony) módosítására, vagy a Biztosítási szerződést – annak az adott Biztosítottat érintő részét – 30 nappal írásban felmondhatja.
- 5) Jelentős kockázattöbbletet minősül különösen, ha a Biztosító a tudomására jutott lényeges körülmény alapján a Biztosítási szerződésre vonatkozóan kizárást vagy elutasítást alkalmazna. Ha a Biztosító e jogával nem él, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) az eredeti tartalommal marad hatályban.

- 6) Ha a Szerződő/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nyilatkozik arról, hogy a módosító javaslatot nem fogadja el, a Biztosítási szerződés, vagy a Biztosítási szerződésnek az adott Biztosítottra vonatkozó része (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon megszűnik feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.
- 7) **Ha a Szerződő/Biztosított a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.**

4. A biztosítás díja

- 1) A Biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat a Bank fizeti meg a Biztosító részére forintban (HUF). A Bank az adott Biztosítottra vonatkozó esedékes biztosítási díjat – a Biztosított hozzájárulása alapján - havonta áthárítja biztosítási szolgáltatási díjként az érintett Kölcsönszerződés Adósára, mint Biztosítottra.
- 2) A biztosítási szolgáltatási díjak megfizetése folyamatosan történik azzal, hogy a havi biztosítási szolgáltatási díj az aktuális Törlesztőrészlet fizetésének esedékességével egyidejűleg esedékes. A jelen Feltételek 1. pontjának 8) bekezdésében meghatározott Fizetési moratórium esetén az adott biztosítási időszakra vonatkozó havi biztosítási szolgáltatási díj azon a napon válik esedékessé, amikor az Adósnak a Kölcsönszerződés alapján Törlesztőrészlet fizetési kötelezettsége keletkezne, amennyiben a Kölcsönszerződés nem állna Fizetési moratórium alatt (továbbiakban: **Elvi Törlesztőrészlet esedékessége.**)
- 3) Az egy főre eső biztosítási díj számítása mindig az **aktuális Törlesztőrészlet/Elvi Törlesztőrészlet** figyelembevételével történik.
- 4) Az áthárított biztosítási szolgáltatási díj Adós általi megfizetése oly módon történik, hogy a Bank havonta a Törlesztőrészlet/Elvi Törlesztőrészlet esedékességének napján – az Adós erre vonatkozóan adott felhatalmazása alapján – megterheli az Adósnak a Banknál vezetett bankszámláját az áthárított havi biztosítási szolgáltatási díj összegével. Az áthárított havi biztosítási szolgáltatási díj megfizetésére az Adós Fizetési moratórium estén is köteles, a jelen Feltételben foglaltak szerint.
- 5) A biztosítás folyamatos díjú, a díjfizetés havonta történik.
- 6) Amennyiben az adott Biztosítottra vonatkozóan a kockázatviselés megszűnése a biztosítási időszakon belülre esik, a Biztosító jogosult a biztosítási díjra a biztosítási időszak végéig.

3. A Biztosító teljesítésének feltételei

5.1. A biztosítási esemény

Jelen feltétel alapján létrejött biztosítotti jogviszony alkalmazásában a biztosítási események a Biztosított:

- a) halála;
- b) 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodása;
- c) Baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű egészségkárosodása;
- d) keresőképzetlensége;
- e) munkanélkülisége;

5.2 A biztosítási események bekövetkezésének időpontja

- a) Halál esetén:
A Biztosított bármely okú halála esetén a halál időpontja.

- b) 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén:
Az Orvosszakértői Intézet által kiállított, a 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodást megállapító szakvélemény keltének a napja.
- c) Baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás esetén:
A baleset időpontja.
- d) Keresőképtelenség esetén:
A Biztosított 60 napon túli, folyamatos keresőképtelensége esetén az igazolt keresőképtelen állomány 1. napja.
- e) Munkanélküliség esetén:
A Biztosított 60 napot meghaladóan regisztrált álláskeresőként nyilvántartott munkanélkülisége esetén az álláskeresési járadékra való jogosultság megszerzésének napja.

5.3 A biztosítási események meghatározása

- a) Halál:
A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés időtartama alatt bekövetkező halála.
- b) 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén:
- Biztosítási esemény az a jelen kockázat kockázatviselésének tartama alatt a Biztosított vonatkozásában az Orvosszakértői Intézet szakvéleménye által megállapított 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, amely a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, váratlan betegség vagy baleset következménye, feltéve, hogy a Biztosított az egészségkárosodásának megállapítására vonatkozó igénybejelentését a kockázatviselés tartama alatt nyújtja be az illetékes hatósághoz.

Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.

- **A 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás fedezet nem terjed ki azon Biztosítottakra, akik a kockázatviselés kezdetét megelőzően az Orvosszakértői Intézet által szakvéleményben megállapított egészségkárosodás vagy munkaképesség-csökkenés miatt bármely típusú (pl. rokkantsági-, baleseti-,) ellátásban/járadékban részesültek, vagy akik az egészségi állapotuk miatt már nyújtottak be igényt egészségkárosodás- vagy munkaképesség-csökkenés megállapítására/véleményezésére az arra illetékes hatósághoz.**
- c) Baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás
1. Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a Biztosított szokásos életvitelét korlátozza. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó. A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai következmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak.
 2. Amennyiben az elbírálás alapján az egészségkárosodás foka nem éri el az 30%-os mértéket, akkor a Biztosítottnak joga van biztosítási eseményenként a biztosított jogviszony jelen kockázat kockázatviselésének tartama alatt bejelentett baleset napjától számított 2 évig évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás újbóli orvosi megállapítását kérni, feltéve, hogy a Biztosított baleset miatti egészségi állapota

folyamatosan romlik. A Biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti a maradandó egészségkárosodás felülvizsgálatát.

3. A Biztosított maradandó egészségkárosodásának fokát az alábbi táblázat figyelembe vételével a **Biztosító orvosa** állapítja meg:

| Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása | Egészségkárosodás foka % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Egy kar vállizülettől való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 70% |
| Egy kar könyökízület fölöttig való teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 65% |
| egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 60% |
| Egyik hüvelykujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 20% |
| Egyik mutatóujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 10% |
| bármely más kézujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 5% |
| egyik comb csípőízületben történő elvesztése, vagy a csípőízület teljes működésképtelensége | 70% |
| egyik comb részleges csonkolása, vagy a térdizület teljes működésképtelensége | 60% |
| Egyik lábszár részleges csonkolása | 50% |
| Egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 30% |
| egyik nagylábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 5% |
| bármely más lábujj teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége | 2% |
| mindkét szem látóképességének teljes elvesztése | 100% |
| Egyik szem látóképességének teljes elvesztése | 35% |
| egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette | 65% |
| mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése | 60% |
| Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése | 15% |
| egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a Biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette | 45% |
| A szaglóérvék teljes elvesztése | 10% |
| Az ízeleőképesség teljes elvesztése | 5% |

4. Ha az egészségkárosodás foka a 5.3. pont c. alpontjának (3) bekezdése alapján nem állapítható meg, akkor azt aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás fokát a fenti táblázat figyelembe vételével a Biztosító orvosa állapítja meg. A Biztosított más orvosszakértői testületek határozata, szakvéleménye nem köti, így például a társadalombiztosítási szervek határozata nem szolgál alapul a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapításánál.

A baleseti eredetű, legalább 30%-osmértékű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.

d) Keresőképtelenség:

Biztosítási esemény az a jelen kockázat kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli váratlan baleset vagy betegség, melynek következtében a Biztosított a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos által igazoltan saját jogon, 60 napon túl folyamatosan, azonos diagnózis alapján keresőképtelen állományban van, és Magyarországon táppénzt vesz igénybe.

e) Munkanélküliség:

Jelen Feltétel szerint munkanélküliség az adott Biztosítottnak a Várakozási idő elteltét követően, a rá vonatkozó jelen kockázat kockázatviselésének tartama alatt bekövetkező munkanélkülivé válása a munkáltató által gyakorolt felmondás vagy a munkavállaló által gyakorolt azonnali hatályú felmondás vagy közös megegyezéssel történő munkaviszony-megszüntetés útján és ezzel összefüggésben Magyarországon, a magyar jogszabályok szerint álláskeresési járadékra való jogosultságszerzése, valamint 60 napon túli nyilvántartása regisztrált álláskeresőként. A Biztosító szolgáltatásának feltételét képező, a munkaviszony megszűnését eredményező esetek az alábbiak:

- a munkáltató által gyakorolt felmondása;
- a munkavállaló által gyakorolt azonnali hatályú felmondása;
- közös megegyezéssel történő munkaviszony-megszűnetetés.

5.4 A biztosító szolgáltatása

A Biztosított a jelen Feltételek alapján igényelhet Alap csomagot, vagy az Alap csomag szerinti biztosítási fedezetet kiegészítheti a Dupla csomaggal. Kiegészítő Dupla csomag igénylése esetén biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosító kétszeres kifizetést teljesít akként, hogy az Alap csomag szerinti - Banknak nyújtott - teljesítésen túlmenően az Alap csomagba tartozó biztosítási szolgáltatás(ok)at a kiegészítő Dupla csomag szolgáltatásaira jogosult kedvezményezett(ek) részére is kifizeti.

Az Alap csomag az alábbi szolgáltatásokat tartalmazza:

| Kockázatok | ALAP csomag | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| | 65 év alatti és munkaviszonyban álló | 65 év alatti és munkaviszonyban nem álló* | 65 év feletti/nyugdíjas esetén |
| Halál | x | x | x |
| 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás | x | x | |
| Baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás | | | x |
| Keresőképtelenség | x | x | |
| Munkanélküliség | x | | |

* Például: önfoglalkoztatott

- 1) Halál, 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás és baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás esetén:

Alap csomag választása esetén:

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában a Személyi Kölcsönszerződés alapján fennálló Kintlévőség összegét fizeti meg a Bank, mint Kedvezményezett részére. **Jelen Feltétel vonatkozásában a Biztosító szolgáltatása halál, 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás és baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás esetén maximum 15.000.000,- magyar forintnak (HUF) megfelelő összeg lehet, abban az esetben is, ha az adott Kölcsönszerződés alapján a biztosítási esemény időpontjában megállapított Kintlévőség meghaladja a 15.000.000,- magyar forintot (HUF).**

Az Alap csomagon túl kiegészítő Dupla csomag választása esetén:

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási esemény időpontjában a Személyi Kölcsönszerződés alapján fennálló Kintlévőség összegének kétszeresét fizeti meg a Kedvezményezett(ek) részére. **Jelen Feltétel vonatkozásában a Biztosító szolgáltatása halál, 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás és baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás esetén, maximum 15.000.000,- magyar forintnak (HUF) megfelelő összeg kétszerese lehet, abban az esetben is, ha az adott Kölcsönszerződés alapján a biztosítási esemény időpontjában megállapított Kintlévőség meghaladja a 15.000.000,- magyar forintot (HUF), ezáltal a Kintlévőség összegének kétszerese meghaladja a 30.000.000,- magyar forintot (HUF).**

- 2) Keresőképtelenség és munkanélküliség esetén:

Alap csomag választása esetén:

A Biztosított folyamatos keresőképtelensége, és munkanélkülisége biztosítási események esetén a Biztosító a jelen kockázat(ok) kockázatviselésének tartama alatt, jelen Feltételek szerint a folyamatos keresőképtelenség, illetve folyamatos munkanélküliség időtartamára vállalja a havi Törlesztőrészletek/Elvi Törlesztőrészletek valamint az áthárított havi biztosítási szolgáltatási díj teljesítését a Bank, mint Kedvezményezett részére, tekintettel a jelen Feltételek 5.5 pontjában foglaltakra. **Jelen Feltétel vonatkozásában a Biztosító szolgáltatása folyamatos keresőképtelenség, és folyamatos munkanélküliség esetén maximum 300.000,- magyar forint (HUF) Törlesztőrészletenként/Elvi Törlesztőrészletenként, beleértve ebbe az összegbe az áthárított biztosítási szolgáltatási díj havi összegét is.**

A Biztosított folyamatos keresőképtelensége vagy munkanélkülisége esetén – a jelen Feltételekben foglaltak figyelembe vételével - a Biztosító harminc naponként – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított 60., 90., 120., stb. napja után – a következő aktuális havi Törlesztőrészletet/Elvi Törlesztőrészletet és az áthárított biztosítási szolgáltatási díj havi összegét teljesíti a Bank, mint Kedvezményezett részére a kockázatviselés tartama alatt mindaddig, amíg a Biztosított folyamatos keresőképtelensége vagy folyamatos munkanélkülisége fennáll.

Az Alap csomagon túl kiegészítő Dupla csomag választása esetén:

A Biztosított folyamatos keresőképtelensége, és munkanélkülisége biztosítási események esetén a Biztosító a jelen kockázat(ok) kockázatviselésének tartama alatt, jelen Feltételek szerint a folyamatos keresőképtelenség, illetve folyamatos munkanélküliség időtartamára vállalja a havi Törlesztőrészletek/Elvi Törlesztőrészletek valamint az áthárított havi biztosítási szolgáltatási díj összege kétszeresének teljesítését a Kedvezményezettek részére, tekintettel a jelen Feltételek 5.5 pontjában foglaltakra. **Jelen Feltétel vonatkozásában a Biztosító szolgáltatása folyamatos keresőképtelenség, és folyamatos munkanélküliség esetén maximum a 300.000,-Ft magyar forint (HUF) kétszerese lehet havonta Törlesztőrészletenként/Elvi Törlesztőrészletenként, beleértve ebbe az összegbe az áthárított biztosítási szolgáltatási díj havi összegét is.**

A Biztosított folyamatos keresőképtelensége vagy munkanélkülisége esetén – a jelen Feltételekben foglaltak figyelembe vételével - a Biztosító harminc naponként – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától számított 60., 90., 120., stb. napja után a következő aktuális havi Törlesztőrészletet/Elvi Törlesztőrészletet és az áthárított biztosítási szolgáltatási díj havi összegének kétszeresét teljesíti a Kedvezményezett(ek) részére a jelen Feltételek 2.1 pont 5) bekezdésében meghatározott arányban a kockázatviselés tartama alatt mindaddig, amíg a Biztosított folyamatos keresőképtelensége vagy folyamatos munkanélkülisége fennáll.

A biztosító kockázatviselése a biztosított munkanélkülivé válása tekintetében 90 nap várakozási idő eltelte után kezdődik.

3) A biztosítási kockázatok

- a) Valamennyi Biztosított vonatkozásában: Halál;
- b) Amennyiben a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában 65. év alatti és munkaviszonyban áll (1. pont 10. bekezdés), akkor rá az 5.4. pont 3) alpontjának a) bekezdésében meghatározott kockázaton túl a 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, a keresőképtelenség és a munkanélküliségi kockázatok is vonatkoznak, de nem vonatkozik rá a Baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás kockázat.
- c) Amennyiben a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában 65. év alatti és nem áll munkaviszonyban (például: 1. pont 22. bekezdés), akkor rá az 5.4. pont 3) alpontjának a) bekezdésben meghatározott kockázaton túl a 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, a keresőképtelenség kockázatok is vonatkoznak, de nem

vonatkoznak rá a Baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás és a munkanélküliségi kockázatok.

- d) Amennyiben a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában 65. év feletti vagy saját jogon nyugellátásban (1. pont 20) bekezdés) részesül, akkor rá az 5.4. pont 3) alpontjának a) bekezdésében meghatározott kockázat és a Baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás kockázatok vonatkoznak, de nem vonatkoznak rá a 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, a keresőképtelenség és a munkanélküliségi kockázatok.

A Biztosított a Kölcsönszerződésben rögzített fizetési kötelezettségének a szolgáltatási igény bejelentésétől függetlenül köteles eleget tenni a Kölcsönszerződésben meghatározott esedékességi időpontban és feltételek szerint. A Biztosító szolgáltatásának teljesítése kapcsán esetlegesen keletkező többletfizetéssel a Bank a Biztosított vagy más jogosult személy felé elszámol.

5.6 A szolgáltatás korlátozása

A Biztosított keresőképtelenségének, illetve munkanélküliségének első 60 napjára a Biztosító nem teljesít szolgáltatást (önrész). A Biztosító első szolgáltatása a Biztosított keresőképtelenségének, illetve a várakozási idő leteltét követően a munkanélküliségének 60. napját követő, először esedékessé váló Törlesztőrészlettel/Elvi Törlesztőrészlettel és a havi áthárított biztosítási szolgáltatási díj összegével egyezik meg Alap csomag választása esetén, az Alap csomagot kiegészítő Dupla csomag választása esetén ennek az összegnek a kétszeresével egyezik meg.

A Biztosító szolgáltatása a Biztosított folyamatos keresőképtelensége, és folyamatos munkanélkülisége esetén Törlesztőrészletként/Elvi Törlesztőrészletként Alap csomag esetén maximum 300.000,- magyar forint (HUF), az Alap csomagot kiegészítő Dupla csomag esetén maximum a 300.000,- magyar forint (HUF) kétszerese lehet havonta, beleértve ebbe az összegbe a havi áthárított biztosítási szolgáltatási díjat is. Amennyiben az adott Biztosított több Kölcsönszerződéshez kapcsolódóan is rendelkezik a jelen feltételek szerint létrejött biztosítotti jogvisonnyal, akkor a jelen bekezdésben rögzített szolgáltatás-korlátozási rendelkezéseket minden Kölcsönszerződés vonatkozásában önállóan kell alkalmazni. A Biztosító a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező több keresőképtelenségi/munkanélküliségi biztosítási eseményre vonatkozóan is kötelezettséget vállal a szolgáltatás teljesítésére. Az ismételten bekövetkező biztosítási eseményt új biztosítási eseményként, az önrész figyelembe vételével kell elbírálni.

A Biztosított a biztosítási szerződés alapján nem jogosult keresőképtelenségi szolgáltatásra, amennyiben a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény alapján a keresőképtelenségre vonatkozó biztosítási esemény időpontjában, saját jogon nem jogosult táppénzre.

A Várakozási idő alatt bekövetkezett munkanélküliségi biztosítási eseményekkel kapcsolatban a Biztosító nem teljesít szolgáltatást sem a Várakozási idő alatt, sem azt követően.

A Biztosított nem jogosult munkanélküliségi szolgáltatásra, amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően nem állt legalább 90 napig folyamatosan (megszakítás nélkül) ugyanazon munkáltatónál legalább heti 30 órát elérő Munkaviszonyban.

A Biztosító a munkanélküliségi biztosítási esemény bekövetkezése ellenére, a Biztosított munkanélküliségének alábbi időtartamára nem teljesít szolgáltatást:

- a) az álláskereső terhességi gyermekágyi segélyre, gyermekgondozási díjra, illetőleg gyermekgondozási segélyre való jogosultságának időtartama alatt,
- b) az álláskereső előzetes letartóztatásban van, vagy szabadságvesztés, illetve elzárás büntetését tölti, kivéve, ha a szabadságvesztés büntetést pénzbüntetés átváltoztatása miatt állapították meg.

Adott Biztosított vonatkozásában a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, jelen Feltételek 5.3 pontja alapján folyamatosan fennálló keresőképtelenségi, és munkanélküliségi biztosítási eseménnyel kapcsolatban a Biztosító egy Személyi Kölcsönszerződés vonatkozásában új biztosítási eseményenként legfeljebb 6 havi, ugyanazon biztosítási kockázatból eredő több biztosítási eseményre összesen, kockázatonként legfeljebb 24 havi szolgáltatási összeget fizet meg a Kedvezményezett(ek) részére. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a kockázatviselés tartama alatt áll fenn.

A kockázatviselés tartama alatt ismételten bekövetkező munkanélküliségi biztosítási esemény vonatkozásában az ismételt szolgáltatási igény teljesítésének további feltétele, hogy a két biztosítási esemény között legalább 180 nap teljen el.

Ha a Biztosított (Adós) saját jogú nyugellátási jogosultságot szerez, akkor annak megszerzése időpontját követően bekövetkező munkanélküliség biztosítási eseményre a Biztosító szolgáltatást nem teljesít.

A Biztosító 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, keresőképtelenség és munkanélküliség_biztosítási kockázatokra vonatkozó kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában megszűnik a Biztosított saját jogú nyugalombiztosítási jogosultsága megszerzésének időpontjában, de legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltésekor (a 65. születésnapon 24 órákor).

A Biztosító kockázatviselése a baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás kockázat tekintetében a Biztosított saját jogú nyugellátási jogosultsága megszerzésének időpontjától vagy legkésőbb a Biztosított 65. életévének betöltését követően kezdődik (65. születésnapot követő nap 0. órában).

A halál, 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás biztosítási eseményekre vonatkozóan a Biztosító szolgáltatásának felső határa Alap csomag esetén legfeljebb az adott Személyi Kölcsönszerződés alapján fennálló aktuális Kintlévőség, de maximum 15.000.000,- magyar forint (HUF), az Alap csomagot kiegészítő Dupla csomag esetén legfeljebb az adott Személyi Kölcsönszerződés alapján fennálló aktuális Kintlévőség kétszerese, de maximum 15.000.000,- magyar forint (HUF) kétszerese lehet.

Amennyiben az adott Biztosított több Személyi Kölcsönszerződéshez kapcsolódan is rendelkezik a jelen feltételek szerint létrejött biztosítási jogvisonnyal, abban az esetben a jelen bekezdésben rögzített szolgáltatás-korlátozási rendelkezéseket mindegyik Személyi Kölcsönszerződéshez kapcsolódó biztosítotti jogviszony vonatkozásában önállóan kell alkalmazni.

Amennyiben egy biztosítási időszakon belül a Biztosítottnál/Biztosítottal összefüggésben több biztosítási esemény is bekövetkezik, akkor a Biztosító kizárólag egy, a magasabb szolgáltatási összeggel járó esemény kapcsán térít. Amennyiben a munkanélküliségi vagy keresőképtelenségi szolgáltatás teljesítése alatt újabb munkanélküliségi, vagy keresőképtelenségi kockázat vonatkozásában következik be biztosítási esemény, akkor a Biztosító egy biztosítási időszakra kizárólag egy munkanélküliség vagy keresőképtelenség alapján nyújt szolgáltatást.

5.6. A biztosítási esemény és a szolgáltatási igény bejelentésének határideje

- 1) A biztosítási eseményt és a szolgáltatási igényt a biztosítási esemény bekövetkezésétől, illetve az arról való tudomásszerzéstől számított **15 napon belül** (keresőképtelenség, illetve munkanélküliség esetén **75 napon belül**) kell bejelenteni a **Biztosítónál** azzal, hogy a jelen pontban írt határidő nem jogvesztő. A szolgáltatási igény elbírálásához a szükséges felvilágosításokat közvetlenül a Biztosítónak kell megadni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.
- 2) Amennyiben a jelen pont 1) bekezdésében foglaltakat a Biztosított, illetve a szolgáltatási igény érvényesítője nem tartja be, a Biztosító által a szolgáltatási igény elbírálása

szempontjából szükségesnek ítélt felvilágosítást nem adja meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszi lehetővé és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené váltak, a Biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.

5.7. A Biztosító teljesítésének ideje

- 1) A Biztosító szolgáltatása – a biztosítási igény jogalapjának fennállása esetén - a hozzá bejelentett szolgáltatási igény elbírálásához nélkülözhetetlen utolsó okirat kézhezvételét követő 15. napon esedékes; nélkülözhetetlenek azok az okiratok, amelyek a biztosítási szolgáltatási kötelezettség fennállását és annak összegét alátámasztják továbbá haláleset kapcsán történő kifizetés esetén a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény alapján kötelezően teljesítendő ügyfélátvilágítással kapcsolatos dokumentumok.
- 2) A Biztosító iratbeszerzés esetén a szolgáltatási igényről legkésőbb az igény beérkezését követő 120 napig köteles dönteni és döntéséről a Biztosítottat, illetve a szolgáltatási igény érvényesítőjét tájékoztatni.
- 3) Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére nem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.

5.8. A teljesítéshez szükséges dokumentumok

A biztosító az alábbi iratok benyújtását kérheti, ha ez a bejelentett igény jogalapjának vagy összecszerőségének megállapításához szükséges:

- 1) biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
- 2) továbbá a következő iratok másolatát:
 - a) halál esetén
 - a halottvizsgálati bizonyítvány/halotti epikrízis;
 - a Biztosított halotti anyakönyvi kivonata;
 - boncolási jegyzőkönyv, ha ilyen készült;
 - a Biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok (kezelőorvosi igazolás, zárójelentések, ambuláns lapok)
 - b) 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén:
 - a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv határozata és a határozat mellékletei - így különösen az **Orvosszakértői intézet szakvéleménye**;
 - a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával és lefolyásával.
 - c) keresőképtelenség esetén:
 - a legalább 61 napról szóló, továbbá folyamatos keresőképtelenségi szolgáltatási igény esetén 30 naponként a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos magyar jogszabályok szerint a keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről”, azaz "táppénzes lapok"); ennek hiányában a társadalombiztosítási kifizetőhely igazolása a keresőképtelenség (keresőképtelen állományban lét) tartamáról, valamint mindkét esetben kezelőorvosi igazolás a keresőképtelenség okának/pontos diagnózisának megjelölésével.
 - ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés, a kórházi gyógykezelés befejezését követő 15 napon belül;
 - járóbeteg ellátás esetén: ambuláns lapok;

- folyamatos keresőképtelenség esetén a Biztosítottnak az első 60 napot követően 30 naponként be kell nyújtania az egészségi állapotot leíró új kezelőorvosi dokumentumokat;
 - a terhesség megszakítását engedélyező állami szerv hivatalos, a terhesség megszakítását engedélyező határozata (engedélye), a terhesség megszakításának orvosi dokumentuma.
- d) munkanélküliség esetén:
- a területileg illetékes munkaügyi központ határozata az álláskeresési járadékra való jogosultság megszerzéséről, beleértve az Álláskeresési járadékalap-számítás mellékletet is;
 - a területileg illetékes munkaügyi központ által havonta kiállított hatósági bizonyítvány a munkanélküliség folyamatosságáról;
 - a területileg illetékes munkaügyi központ határozata az álláskeresési járadék folyósításáról, esetleges felfüggesztésének okáról és tartamáról;
 - a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány;
 - a munkáltató által kitöltött igazolás a munkaviszony megszűnéséről;
 - a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás, felmentés vagy közös megegyezés);
 - a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés;
 - ismételt munkanélküliségi biztosítási esemény bejelentése esetén a korábbi és az újabb biztosítási esemény közötti, a Biztosított munkavégzésre irányuló jogviszonya fennállását igazoló munkáltatói igazolás.
- e) továbbá balesettel kapcsolatos biztosítási eseménnyel összefüggésben:
- a baleseti /munkahelyi baleseti / rendőrségi jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült;
 - véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény, amennyiben ilyen készült;
 - közlekedési baleset esetén továbbá
 - a rendőrségi jegyzőkönyv;
 - amennyiben a biztosított közlekedési balesetben a jármű vezetőjeként sérült meg, a jármű forgalmi engedélye;
 - a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratok (kezelőorvosi igazolás, zárójelentések, ambuláns lapok, stb.);
 - a balesettel/annak következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények;
 - a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum, de különösen az első orvosi ellátás dokumentumai;a Biztosító kérheti a Biztosított állapotleírását tartalmazó Kezelőorvosi állapotleírás című nyomtatvány kitöltését is.
- f) A 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, baleseti eredetű legalább 30%-os mértékű egészségkárosodás és Keresőképtelenség esetén a Biztosító jogosult arra, hogy a Biztosított egészségi állapotát a Biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse és ennek eredményétől függően a szolgáltatási igényt elfogadja vagy elutasítsa.
- g) A 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, baleseti eredetű legalább 30%-os mértékű egészségkárosodás és Keresőképtelenség térítés esetén a Biztosító a szolgáltatás teljesítésének feltételéül orvosi vizsgálatot írhat elő – ennek előírása esetén a Biztosító szolgáltatása mindaddig nem válik esedékessé, amíg a Biztosított az orvosi vizsgálat elvégzését nem teszi lehetővé.
- h) A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **jogosult bekérni** az alábbi dokumentumok másolatát is, amennyiben azok a szolgáltatási igény jogalapjának fennállásának bizonyításához és/vagy az igény összegszerűségének megállapításához szükségesek.
- **kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatait** a biztosítási esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismeretének pontos időpontjával;

- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okiratnak, valamint bármilyen szolgáltatási igény tárgyában a Biztosító teljesítéséhez szükséges összes idegen nyelvű dokumentumnak a szolgáltatási igény előterjesztője költségén elkészített **magyar nyelvű hiteles fordítása**;
- A biztosított vagy a kedvezményezett jogosult a szolgáltatási igényét egyéb okmányokkal, dokumentumokkal is igazolni a bizonyítás általános szabályai szerint annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Így például jogosult arra is, hogy a büntetőeljárásban és a szabálysértési eljárásban hozott jogerős határozatot is benyújtsa a biztosítónak.
- a biztosítási esemény közelebbi körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok (a Biztosított és a biztosítási eseménnyel érintett más személy nyilatkozata a biztosítási esemény körülményeiről, rendőrség, munkahely, oktatási intézmény, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv, határozat, a balesettel/következményeivel kapcsolatos szakértői vélemények);
- a Biztosító által rendelkezésre bocsátott és a Biztosított kezelőorvosa/az őt ellátó egészségügyi szolgáltató által kitöltött formanyomtatvány a biztosítási eseménnyel kapcsolatos egészségügyi adatokról, a Biztosított egészségi állapotáról, illetve a Biztosított kórelőzményi adatairól;
- a Biztosítottnak a biztosítási eseménnyel és a kórelőzményi adatokkal összefüggő egészségügyi dokumentumai: házi-, vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi karton másolata, a járó- és fekvőbeteg-ellátás során keletkezett iratok, valamint a gyógyszerfelhasználást igazoló iratok;
- a társadalombiztosítási szerv, vagy más személy, szervezet által kezelt, a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatos biztosított adatokat tartalmazó iratok (a jogosult titoktartás alóli felmentéshez és adatbekéréshez szükséges meghatalmazása alapján);
- hitelt érdemlő igazolás a Biztosítottnak a Biztosított nyilatkozat megtételének időpontjában fennálló 1. pont 10) bekezdés szerinti munkaviszonyáról, illetve annak feltételeiről a Biztosított nyilatkozat megtételétől számított legfeljebb 3 hónapra visszamenőlegesen.
- a Biztosított születésének időpontját igazoló hivatalos dokumentum.

A Biztosító kérheti a fenti 5.8. pontban felsorolt dokumentumok eredeti példányának bemutatását és bármely a Biztosított, illetve a szolgáltatási igény érvényesítője által megválasztott adathordozón történő benyújtását.

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához – a szolgáltatási igény Biztosítóhoz való beérkezését követő 15 napon belül indított megkeresése alapján – egyéb iratokat is beszerezhet, melyről a Biztosítottat, illetve a szolgáltatási igény érvényesítőjét tájékoztatja.

6. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól, a kockázatkezelésből kizárt események

6.1 A Biztosító mentesülése

- 1) **Ha a Biztosított a jelen Feltételek 3. pontjában szabályozott közlési- és változásbejelentési kötelezettségét megsérti, a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az alábbi körülmények valamelyike fennáll:**
 - a) a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítotti jogviszony kezdetekor ismerte;
 - b) a Biztosított a közlési és/vagy változásbejelentési kötelezettségét megsértette, de az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény a biztosítotti jogviszony fennállása alatt, a biztosítási eseményt megelőzően a Biztosító tudomására jutott és az 15 napon belül nem élt a jelen Feltételek 3. pontjában szabályozott szerződésmódosítási illetve szerződés megszüntetési lehetőségével;
 - c) az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 2) **A Biztosító mentesül a haláleseti szolgáltatás teljesítése alól, ha**

- a) a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, vagy azzal ok-okozati összefüggésben vesztette életét;
 - b) a biztosítási esemény ok-okozati összefüggésben áll a Biztosított két éven belül bekövetkező öngyilkosságával, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be. A két évet az adott Biztosított biztosítotti jogviszonyának létrejöttének időpontjától kell számítani azzal, hogy az Alap csomagot kiegészítő Dupla csomag csomagmódosítás keretében történő igénylése esetén, a kiegészítő Dupla csomag szerinti haláleseti szolgáltatás tekintetében a két év a csomagmódosítás hatályba lépésekor kezdődik.
- 3) A Biztosító a 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás, baleseti eredetű, legalább 30%-os mértékű maradandó egészségkárosodás, keresőképtelenségi és munkanélküliségi kockázatok esetében mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Biztosított, illetve a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.
- 4) A Biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie (kárenyhítési kötelezettség). Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. A Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. Ha a Biztosított a kármegelőzési illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.
- 5) Azt, hogy a fenti körülmények valamelyike fennáll, annak kell bizonyítania, aki azokra hivatkozik.

6.2 A kockázatviselésből kizárt események

- 1) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
- a) kóros elmeállapot;
 - b) ionizáló sugárzás;
 - c) nukleáris energia;
 - d) HIV-fertőzés;
 - e) háború, harci cselekmények, idegen hatalom ellenséges cselekedetei, zavargások, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, zendülés, polgárháború, forradalom, lázadás, tüntetés, felvonulás, sztrájk, terrorcselekmény, munkahelyi rendbontás, határvillongások, felkelés.

Jelen Feltételek alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

- 2) A Biztosító kockázatviselése a jelen Feltételek 6.2. pont (1) bekezdés e) alpontjában foglaltakkal ellentétben kiterjed a Biztosított egészségi állapotában bekövetkező olyan károsodásokra, amelyek a Biztosítottnak a tüntetés, sztrájk, illetve felvonulás hatályos magyar jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított eseményein való aktív részvétele kapcsán keletkeznek abban az esetben, ha a Biztosított a kár megelőzésére és enyhítésére vonatkozó kötelezettségének eleget tett.
- 3) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:
- a) a Biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, illetve veleszületett rendellenessége, szerzett fogyatékosága, amely a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselése kezdetét megelőző három évben bizonyíthatóan fennállott, vagy

amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényelt;

- b) a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

Jelen bekezdés vonatkozásában veleszületett rendellenességnek, illetve szerzett fogyatékoságnak minősül a testi és/vagy a szellemi épség bármely fokú hiánya.

- 4) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben álló eseményekre:
- a) a lelki működés zavaraira és/vagy pszichiátriai megbetegedésekre;
 - b) a Biztosított által magának szándékosan okozott testi sérülésekre, akkor is, ha azt a Biztosított zavart tudatállapotában követte el.
- 5) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett eseményre, ha
- a) az esemény a Biztosított rendszeres alkohol-fogyasztásával, kábítószer-fogyasztásával, kábító hatású anyag vagy gyógyszer szedésével összefüggésben történt kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;
 - b) a Biztosított az esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt. Ha történt véralkohol vizsgálat, a jelen pont szempontjából alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5‰-et meghaladó, gépjárművezetés közben a 0,8‰-et meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció;
 - c) a Biztosított olyan gépjárművet vezetett, amely nem rendelkezett érvényes forgalmi engedéllyel, vagy amelynek vezetéséhez nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett;
 - d) a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában alkohol fogyasztása ellenére vezetett gépjárművet és egyúttal egyéb közlekedési szabályt is megszegett.
- 6) A Biztosító kockázatviselése a 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás és a keresőképtelenség kockázatok vonatkozásában nem terjed ki
- a) a terhességre és a szülésre, ha a fogamzás a Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselését megelőzően történt. A Biztosító úgy tekinti, hogy a fogamzás a kockázatviselését megelőzően történt, ha a Biztosító kockázatviselése és a terhességet dokumentáló hivatalos iratban (pl. Terhességi kiskönyvben) a szülés várható időpontjaként rögzített időpont között kevesebb, mint 285 nap szerepel.
 - b) a művi terhesség-megszakítás eseteire, kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások, megfelelő diagnosztikai vizsgálattal alátámasztott fejlődési rendellenesség a magzatnál, illetve a bűncselekmény kapcsán előállott terhesség megszakításának eseteit;
 - c) azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben: mesterséges megtermékenyítés (annak bármely formája); kizárólag a meddőség megszüntetése miatti eseményekre; olyan meddőségi kezelési eljárásokkal kapcsolatos eseményekre, amelyek célja a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, a sterilizáció; nemi jelleg megváltoztatása; esztétikai céllal végzett kezelés, sebészet és következményei; fogpótlás;
- Amennyiben a Biztosítottnál a fenti a), b), c) alpontokban felsorolt események következményeként életmentő beavatkozás szükséges, akkor a Biztosító az orvosi beavatkozást igénylő állapot miatti eseményekre kiterjed.
- d) azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - d1) olyan keresőképtelenség, amelyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása és egészségének helyreállítása, így különösen a szűrővizsgálat miatti

keresőképtelenség, a szülőnek, nevelőszülőnek, helyettes szülőnek a gyermeke ápolásával összefüggő keresőképtelensége; a Biztosítottnak a szülője ápolása;

d2) krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása (különösen geriátriai, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás, gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra, fogyókúra, infúziós keringésjavító vagy infúziós fájdalomcsillapító kezelések), kivéve a krónikus betegségek kórismézésével, a gyógykezelés első beállításával, jelentős akut állapotrosszabbodás elhárításával kapcsolatos kezeléseket;

d3) orvosi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.

e) az olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet végez;

f) hátfájás vagy ahhoz kapcsolódó panasz miatti keresőképtelenségre, ha patológiai elváltozásra nincs radiológiai bizonyíték.

7) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek részben vagy egészben ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított jelen bekezdésben meghatározott sporttevékenységével.

a) Autó-motor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rally, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, go-kart sport, quad, auto-crash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.

b) Repülősportok: paplanrepülés, léghajózás, siklóernyős repülés, motoros vitorlázó repülés, siklórepülés, sárkány és ultrakönnyű repülés, hőlégballonozás, ejtőernyős ugrás, vitorlázó repülés, műrepülés.

c) Egyéb sportok: bűvárkodás légzőkészülékkel 40 m alá, félkezes és nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hydrospeed, canyoning, surf, hegymászás és sziklamászás az V. foktól, magashegyi expedíció, barlangászat, barlang expedíció, bázisugrás, bungee jumping (mélybe ugrás).

8) A munkanélküliség vonatkozásában a kockázatviselés nem terjed ki továbbá

a) az önkéntes munkanélküliségre (lemondás, felmondás, nyugdíjba vonulás, előnyugdíjba vonulás) – ide nem értve a Biztosított azonnali hatályú felmondását és a közös megegyezéssel történő munkaviszony megszűnését;

b) a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetét megelőzően bejelentett elbocsátásra, felmondására, illetve kezdeményezett munkaviszony megszüntetésre;

c) próbaidőszak és/vagy betanítási időszak alatti munkaviszony megszűnésére;

d) ideiglenesen vagy szezonális jelleggel foglalkoztatott Biztosítottak munkaviszonyának megszűnésére;

e) a második, vagy további munkavégzésre irányuló jogviszony bármely okból eredő megszűnésére, abban az esetben, ha a Biztosított továbbra is munkaviszonyban áll;

f) a munkáltató azonnali hatályú felmondására;

g) a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha munkáltatói jogkörének gyakorlója saját maga, vagy az ő Hozzá tartozója;

h) a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha Vállalatirányítási befolyással rendelkező személynek minősül;

i) határozott idejű munkaviszony munkáltató általi rendes felmondással, illetve közös megegyezéssel történő megszűnésére, ha a munkaviszony megszűnése a határozott idejű szerződés lejáratára előtti 6 hónapban következik be;

j) az olyan munkanélküliségre, amely a Biztosított határozott idejű munkaszerződésének lejáratából ered;

k) az olyan munkanélküliségre, amely munkaerő kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyból ered;

l) az olyan munkanélküliségre, amelynél az álláskeresőként való regisztrációt megelőző 3 hónapban Önfoglalkoztatottként, egyéni vállalkozóként, mezőgazdasági őstermelőként főfoglalkozásban folytattak keresőtevékenységet, ide nem értve a munkaviszony fennállása mellett folytatott kiegészítő keresőtevékenységet.

7. A panaszok bejelentése – panasz fórum

A Biztosítási szerződéssel és az adott Biztosítottak biztosítotti jogviszonyával kapcsolatban felmerült panaszokat „A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” elnevezésű dokumentumban rögzítettek szerint a Biztosítónál lehet bejelenteni.

8. Egyéb rendelkezések

8.1. Irányadó jog és jogvita esetén alkalmazandó eljárás

- 1) A Biztosító, a Szerződő és a Biztosítottak jogviszonyára a magyar jog rendelkezései, a jelen Feltételek, „A Generali Biztosító Zrt. Ügyfélértékelője és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” elnevezésű dokumentum, az ezekben nem szabályozott kérdésekben pedig a Polgári Törvénykönyv, valamint a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény, valamint egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadóak.
- 2) A Biztosító, a Szerződő és a Biztosított kapcsolattartása, valamint a Szerződő és a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

9. Elévülés

A Biztosítási szerződés, illetőleg a biztosított jogviszony alapján érvényesíthető igények elévülési ideje két év.

Az elévülési idő a következő időpontokban kezdődik meg:

- a) a biztosítási esemény bejelentésének elmaradása esetén a biztosítási esemény bekövetkezésekor,
- b) a biztosítási esemény bejelentése esetén az utolsó iratnak a Biztosítóhoz történt beérkezését követő 15. napot követő naptól,
- c) a biztosítási esemény bejelentése esetén amennyiben a Biztosító által igényelt iratcsatolás, vagy információszolgáltatás elmarad, a Biztosító által ennek teljesítésére meghatározott határnapot követő naptól, határidő hiányában a felhívást tartalmazó levél keltétől számított 30. napot követő naptól,
- d) egyéb esetekben a követelés esedékessé válásának napján.

10. Jelen Feltételek Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezései

10.1 A Biztosított belépése a Biztosítási szerződésbe

A Ptk. 6:442.§ (3) bekezdése alapján a Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet.

10.2. A Biztosítási szerződés létrejötte, módosítása és megszűnése

- a) Jelen Feltételek 2.2. pont 1) bekezdése értelmében – eltérően a Ptk. 6:443. § (1) bekezdésétől – a Biztosítási szerződés a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodása alapján jön létre.
- b) Jelen Feltételek 2.2. pont 2) bekezdése alapján – eltérően a Ptk. 6:475. §-tól – a Biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához és megszüntetéséhez a Biztosított hozzájárulására nincs szükség.
- c) Jelen Feltételek 2.5. pont 2) bekezdése alapján – eltérően a Ptk. 6:483. § szakaszától és a Ptk. 6:490. § szakaszától – a Biztosító a Biztosítási szerződést rendes felmondással megszüntetheti.

10.3. A biztosított jogviszony kezdete (a Biztosítási szerződés hatályának kiterjesztése)

Jelen Feltételek 2.2. és 2.4. pontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:444.§-ában foglalt, a fogyasztói biztosítási szerződésekre irányadó szabályoktól – a biztosítotti jogviszony a Biztosító ráutaló magatartásával (hallgatólagosan) nem jön létre.

10.4. Közlési és változásbejelentési kötelezettség

Jelen Feltételek 3. pont alapján - eltérően a Ptk. 6:446.§ (3) bekezdésétől és a 6:482. § (1) és (2) bekezdésétől - a Biztosító a közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait a Biztosítási szerződés tartama alatt korlátlanul gyakorolhatja

Jelen Feltételek 3. pontja alapján – eltérően a Ptk. 6:446.§ (2) bekezdésétől – ha a Szerződő/Biztosított a Biztosító módosító javaslatára annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a Biztosítási szerződés (az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya) a módosító javaslatban foglaltak szerint módosul a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon, feltéve, hogy a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtevételekor a Szerződő/Biztosított figyelmét felhívta.

10.5. A kockázatviselés kezdete és megszűnése

Jelen Feltételek 2.5. pont 1.) bekezdés f) alpontja értelmében – eltérően a Ptk. 6:449.§ (1) bekezdésétől – az adott Biztosított biztosítotti jogviszonya a biztosítási szolgáltatási díj késedelm esetén, az elmaradt szolgáltatási díj esedékességétől számított második Törlesztőrészlet esedékességének napján 24 órakor, a Biztosító vagy a Bank külön ezirányú felszólítása, illetve teljesítési póthatáridő tűzése nélkül is megszűnik. A 2.5. pont 2) bekezdés f) alpontjában foglaltak irányadók abban az esetben is, ha az esedékes biztosítási szolgáltatási díjat az Adós, mint Biztosított csak részlegesen fizeti meg.

10.6. Elévülési idő

A jelen Feltételek 9. pontjában foglalt elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. (1) bekezdésében meghatározott általános 5 éves elévülési időtől. A Biztosítási szerződésből eredő igények 2 év elteltével évülnek el.