

Biztosítási Ügyfél-tájékoztató a „CIB Balesetőr” baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződésről

Hatályos: 2017. december 20-tól

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

A biztosítási szerződés alanyai

Szerződő:	CIB Bank Zrt. (a továbbiakban Szerződő) 1027 Budapest, Medve utca 4-14.		
Biztosító:	NN Biztosító Zrt. (a továbbiakban Biztosító) székhelye: 1068 Budapest, Dózsa György 84/B; levelezési címe:1364 Budapest, Pf. 247; telefonszáma: 1433 (NN TeleCenter)		
Főbiztosított	Az a 18 és 65 év közötti természetes személy, aki a Banknál lakossági forint bankszámla szerződéssel rendelkezik, annak főtulajdonosa és a Csoportos Biztosításhoz Biztosítotti Nyilatkozattal csatlakozik és egyúttal vállalja a rá, valamint Családi Csomag választása esetén az Egyéb Biztosítottakra eső biztosítási díj megfizetését a Szerződő részére, és a díjfizetést folyamatosan, annak esedékessége szerint teljesíti. Egy Főbiztosított a Csoportos Biztosításhoz csak egy Bankszámlaszerződésen keresztül csatlakozhat és tarthat igényt biztosítási szolgáltatásra.		
Biztosított:	Házastárs, bejegyzett élettárs illetve élettárs	Életkor: 18-65 év	A Biztosító térítésének feltétele az Egyéb Biztosított házastársa, bejegyzett élettársra, élettársra valamint gyermekekre vonatkozóan, hogy az Egyéb Biztosított a Főbiztosítottal azonos bejelentett állandó lakcímmel rendelkezzen, amikor az Egyéb Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkezik.
Egyéb Biztosított(ak) (Családi csomag)	Gyermek, akik fölött akár külön-külön vagy együttesen törvényes képviselőt gyakorolnak	Életkor: maximum 18 év	
Kedvezményezett:	A Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé. A Főbiztosított halála esetén a Főbiztosított által a Kedvezményezett jelölő nyilatkozatban a Főbiztosított halála esetére megnevezett személy(ek), ennek hiányában az örököse. Egyéb Biztosított esetén az Egyéb Biztosított örököse, ha a szolgáltatás az Egyéb Biztosított halála miatt válik esedékessé.		

A biztosítási események és a biztosítási szolgáltatások

	CIB Balesetőr	CIB Balesetőr Családi	CIB Balesetőr Plusz	CIB Balesetőr Családi Plusz
Baleseti Halál	5.000.000 Ft		10.000.000 Ft	
Baleseti maradandó egészségkárosodás (az egyes megnevezett egészségkárosodásokhoz hozzárendelt szolgáltatás mértékétől függően maximum)	5.000.000 Ft		10.000.000 Ft	
Baleseti műtéti térítés	50.000 Ft		100.000 Ft	
Baleseti csonttörés, csontrepedés	5.000 Ft		10.000 Ft	
Bármely okú halál	100.000 Ft		100.000 Ft	

A biztosítási szolgáltatás havi díja és díjfizetése

A biztosítás díja naptári évente változó, a Biztosító és a Szerződő kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját naptári évente közös megegyezéssel egyoldalúan módosítsa az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 6.7 pontja szerint.

Fedezet típusa	CIB Balesetőr	CIB Balesetőr Családi	CIB Balesetőr Plusz	CIB Balesetőr Családi Plusz
Biztosítás havi díja	600 Ft	1200 Ft	1150 Ft	2300 Ft

Főbiztosított általi díjfizetés	Módja:	A Szerződő az áthárított biztosítási díjat minden hónap 2. vagy 3. munkanapján terheli a Főbiztosított bankszámláján.
	Rendszeressége:	Havi
	Díj esedékessége:	Az első biztosítási díj annak a hónapnak az 1. napján esedékes, amelyben a Biztosító kockázatviselése megkezdődik, a további díjak pedig az ezt követő naptári hónapok 1. napján esedékesek.

A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók

Kockázatviselés kezdete:	A Biztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozását követő hónap első napjának 0:00 órája, feltéve, hogy a Szerződő a Főbiztosított csatlakozási szándékát elfogadta. A Szerződő jogosult Főbiztosítottra vonatkozó feltételeket, az ismérvek fennállását, valamint a megadott adatok helyességét a Biztosított Nyilatkozat megtevése után megvizsgálni. A Szerződő a Biztosított Nyilatkozat elfogadásáról vagy el nem fogadásáról annak megtételétől számított 5 (öt) munkanapon belül a Főbiztosítottat e-mail címére küldött levélben tájékoztatja (visszaigazolás).
Biztosítási időszak és a biztosítás időtartama:	A Csoportos Biztosítás határozatlan időtartamra jött létre, és azon belül az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonyának biztosítási tartama biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak egy naptári év. Az első biztosítási időszak a Főbiztosított vonatkozásában a csatlakozás naptári évének végéig tart (december 31. 24 óra).
A Biztosított Nyilatkozat visszavonása Főbiztosított által:	A Főbiztosított a biztosított hozzájáruló nyilatkozatát a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül személyesen a bankfiókban vagy postai úton tett írásbeli nyilatkozattal indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül felmondhatja (Csatlakozást követő felmondás). A Főbiztosított az előző 30 napos időszakot követően a biztosított jogviszonyát személyesen a bankfiókban vagy postai úton tett írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja (Rendes Felmondás).
Biztosítás megszűnése:	A Főbiztosított Bankszámlájáról a rá vonatkozó, általa vállalt esedékes biztosítási díjat a Szerződő 60 napig nem tudja levonni; a Csoportos Biztosítás tartamának megszűnésével, továbbá az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 7. pontja szerint.
A Biztosító teljesítésének határideje:	Az elbíráláshoz szükséges valamennyi okmány Biztosító székhelyére való beérkezését követő 30 naptári napon belül.
Legfontosabb kizárások, mentesülések:	<p>A Biztosító nem teljesít kifizetést, ha</p> <ul style="list-style-type: none">• a bekövetkezett biztosítási esemény a kockázatviselés kezdete előtt már meglévő betegség következménye;• a balesetbiztosítási esemény a Biztosított szándékos magatartása, súlyos bűncselekménye, öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete, súlyos gondatlanság miatt következik be;• nem szervezett légi forgalom keretében történő repülőtevékenység (pl. ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés) során történt a biztosítási esemény. <p>A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a nem térített műtétekre, továbbá az Európai Unió területén kívül elvégzett műtétekre.</p> <p>A további kizárásokat és mentesüléseket az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 10., 11., 20 és 21. pontjai tartalmazzák.</p>

Biztosítási esemény bejelentése:	A Biztosított/Kedvezményezett köteles a biztosítási eseményt a bekövetkezését követő 15 napon belül bejelenteni a Biztosítónak az alábbi címen, illetve telefonszámon: NN Biztosító Zrt., Életbiztosítási Szolgáltatások Cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B Telefon: 1433 (NN TeleCenter)
Elévülési idő:	A biztosításból eredő igények elévülési ideje: 2 év.
Adatkezelési és adattovábbítási szabályok	Az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint.
Adózási szabályok	Az Általános és Különös Biztosítási Feltételek 16.5 pontja szerint
Biztosításközvetítő	CIB Biztosítási Alkusz Kft. (székhely: 1027 Budapest, Medve utca 4-14.) Felügyeleti engedély szám: II/44/2001; Biztosításközvetítói nyilvántartási szám:204121400442
Szerződő/Biztosító/ Biztosításközvetítő felügyeleti szerve	Magyar Nemzeti Bank
Jogorvoslati lehetőségek	<p>Panaszbejelentés</p> <p>A Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszokat</p> <ul style="list-style-type: none"> írásban, telefonon vagy személyesen az alábbi elérhetőségen lehet bejelenteni: <p>NN Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Igazgatósága (cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, levelezési cím: 1364 Budapest, Pf. 247, e-mail cím: biztosito.panasz@nn.hu, telefon: 1433 (NN TeleCenter), faxszám: 06-1-267-4833)</p> <p>Jogok érvényesítésének egyéb fórumai amennyiben a biztosító által a panaszára adott válaszával nem ért egyet</p> <p>a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén az MNB tv. szerint fogyasztónak minősülő ügyfél a Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjához fordulhat (ügyfélszolgálati cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; telefon: helyi tarifával hívható kék szám 06-80 203-776, web: felugyelet.mnb.hu; E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu)</p> <p>b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.; levelezési cím: 1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: 06-80-203-776; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.</p> <p>A fogyasztónak nem minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha az ügyfél a Biztosító válaszával nem ért egyet, panaszával a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.</p> <p>A Biztosító panaszkezelési eljárására vonatkozó részletes szabályokat a Biztosító Panaszkezelési szabályzata tartalmazza, amely megtalálható a www.nn.hu honlapon.</p>

CIB Balesetőr baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés

Általános és Különös Biztosítási Feltételei

A jelen szabályzatban foglalt Általános Biztosítási Feltételek a Különös Biztosítási Feltételekkel együtt (a továbbiakban együttesen: **Biztosítási Feltételek**) érvényesek az NN Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban Biztosító), a CIB Bank Zrt. (1027 Budapest, Medve utca 4-14., a továbbiakban Bank vagy Szerződő) és a CIB Biztosítási Alkusz Kft. (1027 Budapest, Medve utca 4-14.) között **2017. december 20. napján** létrejött CIB Balesetőr baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (továbbiakban Csoportos Biztosítás) alapján a **2017. december 20. napján vagy azt követően a Csoportos Biztosításhoz csatlakozó Biztosítottak biztosítotti jogviszonyára.**

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

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

Általános Biztosítási Feltételek

1. A biztosítási szerződés alanyai

- 1.1. **Szerződő:** a CIB Bank Zrt., amely a Biztosítóval a Csoportos Biztosítást megkötöti és az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat teszi, illetve a Főbiztosítottakat a Csoportos Biztosításhoz csatlakoztatja, valamint a Csoportos Biztosítás díját a Biztosítóknak megfizeti és a Főbiztosítottaktól a rájuk eső biztosítási díjat beszedi.
- 1.2. **Biztosított:** a Főbiztosított és Családi Csomag választása esetén a vele együtt biztosítottá váló Egyéb Biztosítottak, akinek/akiknek az életével, baleseti eredetű egészségi állapotával kapcsolatos biztosítási eseményre a biztosítási jogviszony létrejön. Egy Biztosított csak egy bankszámlaszereződés vonatkozásában minősülhet biztosítottnak és tarthat igényt biztosítási szolgáltatásra. Eltérő rendelkezés hiányában Biztosított alatt a Főbiztosítottat és az Egyéb Biztosítottat egyaránt érteni kell. Bankszámla: a Bank és a Főbiztosított, mint egyedüli számlatulajdonos között létrejött szerződés alapján vezetett lakossági (fogyasztói) forint bankszámla.
- 1.3. **Főbiztosított:** az a 18 és 65 év közötti természetes személy lehet, aki Bankszámlával rendelkezik, annak főtulajdonosa és a Csoportos Biztosításhoz Biztosítotti Nyilatkozattal csatlakozik, és egyúttal vállalja a rá, valamint Családi Csomag választása esetén az Egyéb Biztosítottakra eső biztosítási díj megfizetését a Szerződő részére, és a díjfizetést folyamatosan, annak esedékessége szerint teljesíti. Egy Főbiztosított a Csoportos Biztosításhoz csak egy Bankszámlaszereződésen keresztül csatlakozhat és tarthat igényt biztosítási szolgáltatásra. Kizárólag olyan főbiztosított csatlakozhat a csoportos biztosításhoz, aki egyedüli számlatulajdonosa a Bankszámlának, azaz nincs a bankszámlának társtulajdonosa. A Főbiztosított életkorának kiszámítása: a Biztosítotti Nyilatkozat megtételének évéből kivonva a Főbiztosított születési évét.
- 1.4. **Egyéb Biztosított:** Családi Csomag választása esetén Egyéb Biztosítottá válik a Főbiztosított 18 és 65 év közötti házastársa, bejegyzett élettársa, illetve élettársa, valamint 18. életévüket el nem érő gyermekeik, akik fölött akár külön-külön vagy együttesen törvényes képviselőt gyakorolnak. Az Egyéb Biztosítottá válásnak nem feltétele, hogy az Egyéb Biztosított fentiek szerinti családi kapcsolata a Főbiztosítottal a Főbiztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásának időpontjában már fennálljon. **Figyelem!** Az Egyéb Biztosított házastársra, bejegyzett élettársra, élettársra, valamint gyermekekre vonatkozó szolgáltatások teljesítésének feltétele, hogy az Egyéb Biztosítottal kapcsolatos biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az Egyéb Biztosított a Főbiztosítottal azonos bejelentett állandó lakcímmel rendelkezzen. Egyéb Biztosított életkorának kiszámítása: a Biztosítotti Nyilatkozat megtételének évéből kivonva az Egyéb Biztosított születési

évét, amennyiben a fentiek szerinti családi kapcsolat a Főbiztosítottal a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásának időpontjában már fennáll.

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Egyéb Biztosított életkorának kiszámítása: a biztosítási esemény évéből kivonva az Egyéb Biztosított születési évét.

A Biztosított Nyilatkozatot tevő Főbiztosítottak, valamint Családi Csomag választása esetén a hozzá kapcsolódó Egyéb Biztosítottak automatikusan, külön kockázatelbírálás, orvosi vizsgálat és egészségügyi nyilatkozattétel nélkül kerülnek biztosítási fedezetbe.

- 1.5. **Kedvezményezett:** a biztosítási szolgáltatásra jogosult személy, aki lehet
- a Biztosított, ha a szolgáltatás a Biztosított életében válik esedékessé, illetve
 - a Főbiztosított halála esetére a Főbiztosított által a Kedvezményezett jelölő nyilatkozatban megnevezett személy vagy személyek;
 - a Főbiztosított örököse, ha a szolgáltatás a Főbiztosított halála miatt válik esedékessé, feltéve, hogy a Főbiztosított halála esetére a Kedvezményezett-jelölő nyilatkozatban nem neveztek meg Kedvezményezettet;
 - az Egyéb Biztosított örököse, ha a szolgáltatás az Egyéb Biztosított halála miatt válik esedékessé.

Kedvezményezett kijelölésekor több Kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni a jogosultságuk arányát. Ennek hiányában a Biztosító a Kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesíti a biztosítási szolgáltatást. Jelen Általános Biztosítási Feltétel alapján a Főbiztosított önállóan, a Szerződő hozzájárulása nélkül jogosult haláleseti kedvezményezettet jelölni.

A Főbiztosított **a biztosítási esemény bekövetkezéséig személyesen a Szerződő bankfiókjaiban, illetve postai úton a jelen Általános Biztosítási Feltételek 16.3 pontja szerinti címre megküldött írásbeli nyilatkozattal** (Kedvezményezett-jelölő nyilatkozat) a halála esetére Kedvezményezettet jelölhet, illetve a Kedvezményezett kijelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg.

A Kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a Főbiztosított halála esetére megnevezett Kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal, vagy gazdálkodó szervezet esetében jogutód nélkül megszűnik. Ebben az esetben új Kedvezményezettet kell kijelölni. Ennek hiányában a Főbiztosított örökösét kell Kedvezményezettnek tekinteni. A Főbiztosított a Kedvezményezett kijelölés megtétele előtt köteles megszerezni a Kedvezményezett hozzájáruló nyilatkozatát arról, hogy a kedvezményezett jelöléshez szükséges személyes adatait a Szerződő, Alkusz és a Biztosító nyilvántartsa a Biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítése céljából akként, hogy a szolgáltatási igény esetén a Biztosítónak átadja, és a Biztosító azokat e célból kezelje, valamint nyilvántartsa. A hozzájáruló nyilatkozat megküldésétől a Szerződő, Alkusz, illetve a Biztosító eltekint.

- 1.6. **Biztosító:** az NN Biztosító Zrt., amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, valamint a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.
- 1.7. **Alkusz:** a CIB Biztosítási Alkusz Kft. független biztosításközvetítő, amely a Szerződővel kötött megbízási szerződés alapján, a Szerződő megbízásából eljárva részt vett a Csoportos Biztosítás megkötésében, a Szerződő felhatalmazása alapján közreműködik a Csoportos Biztosításból eredő jogainak és kötelezettségeinek teljesítésben és lebonyolításában, beleértve a Főbiztosítottak csatlakoztatását és a Csoportos biztosítással kapcsolatban a Főbiztosított által tett nyilatkozatok átvételét.

2. A biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás

- 2.1. A Főbiztosított a Különös Biztosítási Feltételek 22. pontjában szereplő biztosítási csomagok közül választhat. A Biztosító az alábbi biztosítási kockázatokra nyújtja a Különös Biztosítási Feltételek 22. pontjában meghatározott szolgáltatást:

Életbiztosítási alapszolgáltatás

- A Biztosított bármely okból bekövetkező halála

Kiegészítő balesetbiztosítási szolgáltatások

- A Biztosított baleseti eredetű halála
- A Biztosított baleseti eredetű a Különös Biztosítási Feltételek 19. pontjában meghatározott rokkantsága
- A Biztosított baleset következtében az Európai Unió területén végrehajtott műtéti beavatkozás
- A Biztosított baleseti csonttörése, csontrepedése

- 2.2. Jelen feltételek alkalmazásában:

- 2.2.1. **balesetnek** minősül az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a Biztosított akaratától függetlenül a kockázatviselés ideje alatt éri, és amellyel összefüggésben a Biztosított a Különös Biztosítási Feltéte-

lekben az egyes fedezeteknél meghatározott időn belül a meghatározott károsodást szenved el. **Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség, a rovarcípés, a fagyás, a kihülés, a napszúrás, a nap általi égés, a hőség, a szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés, a Biztosított elme vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény, és az orvosi műhiba. Nem minősül balesetnek a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülése.**

2.2.2. **műtétnek** minősül a Biztosított számára káros baleseti következmények elkerülésére vagy mérséklésére orvosilag szükségesnek tartott és szakorvos által az Európai Unió területén végzett eljárás, amelyet az orvosszakmai szabályok betartásával végeznek. A műtétet kórházban, illetve orvosi rendelőben kell elvégezni, s erről műtéti leírással, kórházi zárójelentéssel vagy a beavatkozás ambuláns naplóban rögzített dokumentációjával kell rendelkezni.

2.2.3. **kórháznak** minősül a működési, hatósági engedéllyel rendelkező, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen Biztosítási Feltételek szempontjából **nem minősülnek kórháznak** még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek:

- nappali kórház¹
- a szanatóriumok, rehabilitációs intézmények, rehabilitációs osztályok,
- pszichiátriai intézetek, pszichiátriai osztályok,
- gyógyfürdők, gyógyfürdő-kórházak, gyógyüdülők,
- elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei,
- geriátriai (időskori) ellátók, szociális otthonok,
- alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények,
- hospice tevékenységet² végző intézmények,

ápolási intézetek, egyéb „krónikus” fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek illetve kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, osztályrészei, feltéve, hogy a biztosított az osztály ezen jellegének megfelelő szolgáltatásban részesült.

2.2.4. **rendelőnek** minősül az a helyiség, amely a mindenkori illetékes hatósági előírásoknak megfelelő érvényes engedéllyel rendelkezik, és a biztosítási eseményként megjelölt műtét elvégzésére az engedély alapján jogosult.

2.2.5. **csonttörés, csontrepedés** a csontok folytonosságának traumás (baleseti) eredetű megszakadása, amely lehet teljes vagy részleges. A törés lehet csak repedés (fissura) vagy horpadás, betörés. **Nem minősül baleseti eredetű csonttörésnek, csontrepedésnek a nem adekvát traumára bekövetkező törés (ún. patológiás törés) és a fogtörés, fogrepedés, illetve a fogak és fogpótlások sérülése.**

2.2.6. **tartós adathordozó:** olyan eszköz, amely a Főbiztosított számára lehetővé teszi a neki címzett adatoknak az adat céljának megfelelő ideig történő tartós tárolását és a tárolt adatok változatlan formában és tartalommal történő megjelenítését, ideértve, de nem kizárólagosan (i) a postai úton történő értesítést, (ii) a Bankszámlakivonaton történő értesítést, (iii) az Főbiztosított által megadott email értesítési címre történő elektronikus levél küldést, (iv) a CIB Mobilbank vagy a Főbiztosított által megadott mobiltelefonszámra történő SMS üzenet küldést, (v) a CIB Házibank, SWIFT rendszer, CIB Bank mobilalkalmazás vagy CIB Internet Bank szolgáltatás keretében a Főbiztosított azonosítását követő értesítést, (vi) CIB internet alapú elektronikus Szolgáltatásokban lévő postaládát.

2.3. A Szerződő és a Biztosított köteles a Biztosító Biztosított Nyilatkozatban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a közlési kötelezettségének eleget tenni. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A valóságnak nem megfelelő válaszok, illetve nyilatkozatok esetén a Szerződőre és a Biztosítottakra egyaránt vonatkoznak a Ptk.-ban foglalt, a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó előírások, melyek következtében a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége adott esetben nem áll be.

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

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

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

3. A biztosítás tartama

- 3.1. A Csoportos Biztosítás a Biztosító, Szerződő és az Alkusz között írásban, határozatlan időtartamra jött létre. A Csoportos Biztosítás, és azon belül az egyes Biztosítottak biztosítási jogviszonyának biztosítási tartama biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak egy naptári év. Az első biztosítási időszak a Csoportos Biztosítás vonatkozásában a Csoportos biztosítási szerződés megkötésének naptári év végéig tart, a Főbiztosított vonatkozásában a csatlakozás naptári évének végéig tart (december 31. 24 óra).
- 3.2. **A Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződőként belépni.**

4. Csatlakozás a Csoportos Biztosításhoz

- 4.1. A Csoportos Biztosítás a Biztosító és Szerződő megállapodásával és az Alkusz közreműködésével jött létre, a Szerződő azon ügyfelei javára, akik teljes mértékben megfelelnek a Biztosítotti feltételeknek, mint csoport ismérvnek, és a Csoportos Biztosításhoz a jelen feltételek szerint csatlakoznak.
- 4.2. A Szerződő ügyfelei a Csoportos Biztosításhoz kizárólag Főbiztosítotti minőségben csatlakozhatnak.
- 4.3. A Csoportos Biztosításhoz a Főbiztosítottak az általuk az alábbiak szerint tett csatlakozásra vonatkozó szándéknyilatkozattal, a Biztosítotti Nyilatkozattal csatlakoznak.
Biztosítotti Nyilatkozat a Főbiztosított által tett szándéknyilatkozat, (távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény szerint távértékesítés keretében, távközlő eszköz útján tett, bizonyítható és azonosítható módon rögzített nyilatkozat), amellyel a Főbiztosított a biztosítotti jogviszonyra vonatkozó tájékoztatás alapján kéri a Csoportos Biztosítás hatályának rá, mint Főbiztosítottra, valamint Családi csomag választása esetén az Egyéb Biztosítottakra történő kiterjesztését az általa választott biztosítási csomagban meghatározott fedezetek vonatkozásában.
A Biztosítotti Nyilatkozat megtehető az Alkusz közreműködésével:
 - személyesen a Szerződő bankfiókjaiban tett írásbeli nyilatkozatként,
 - vagy távértékesítés esetén
 - a) telefonos ügyfélszolgálat által rögzített nyilatkozatként,
 - b) vagy internetes felületen, vagy mobilalkalmazáson keresztül tett nyilatkozatként.
- 4.4. A Szerződő joghatályosan küldhet értesítést a Főbiztosítottnak. A Szerződő jogosult a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.3. pontja szerinti Főbiztosítottra vonatkozó feltételeket, az ismérvek fennállását, valamint a megadott adatok helyességét a Biztosítotti Nyilatkozat megtétele után megvizsgálni.
- 4.5. **A Szerződő a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4.4. pontja szerinti vizsgálat eredményétől függően a Főbiztosított által a fentiek szerint megtett Biztosítotti Nyilatkozat elfogadásáról vagy el nem fogadásáról annak megtételétől számított 5 (öt) munkanapon belül a Főbiztosítottat e-mail címére küldött levélben tájékoztatja (visszaigazolás).**
- 4.6. **A Szerződő a Főbiztosított Biztosítotti Nyilatkozatban megtett csatlakozási szándékát nem fogadja el, ha**
 - 4.6.1. nem teljesülnek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.3 pontja szerinti Főbiztosítottra vonatkozó feltételek, ismérvek vagy
 - 4.6.2. a Biztosítotti Nyilatkozatban elírás, téves, hibás adat szerepel.
- 4.7. A Főbiztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.

5. A Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete

A Biztosító adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselése a Főbiztosított Biztosítotti Nyilatkozatának megtételét követő hónap első napjának 0:00 órakor kezdődik, feltéve, hogy a Szerződő a Főbiztosított csatlakozási szándékát 4.5. pont szerint elfogadta.

6. A biztosítási díj

- 6.1. A Csoportos Biztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve a szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a Bank mint a Csoportos Biztosítás szerződője köteles megfizetni a Biztosítónak. A Csoportos Biztosítás folyamatos díjú, havi díjfizetésű, a biztosítási díj minden hónap 1. napján esedékes. A Bank a biztosítási díjat a Csoportos Biztosítási szerződésben meghatározott időpontban és módon fizeti meg a Biztosító részére.
- 6.2. **A Bank, mint Szerződő a biztosítási díjat továbbhárítja a Főbiztosítottra, melyet a Főbiztosított csatlakozáskor kifejezetten elfogad.**

- 6.3. **A Főbiztosított által fizetendő első biztosítási díj annak a hónapnak az 1. napján esedékes, amelyben a Biztosító kockázatviselése megkezdődik, a további biztosítási díjak pedig az ezt követő naptári hónapok 1. napján esedékesek, melyeket a Szerződő mindaddig levon a Bankszámláról, amíg a Biztosító kockázatviselése a Főbiztosított és az adott Egyéb Biztosítottak vonatkozásában a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7. pontja szerint meg nem szűnik.**
- 6.4. **A Főbiztosított által az áthárított biztosítási díj Szerződő részére történő megfizetése oly módon történik, hogy a Szerződő havonta megterheli a Főbiztosított Szerződőnél vezetett Bankszámláját a Főbiztosított által választott a Különös Biztosítási Feltételek 22. pont szerinti biztosítási fedezetre és csomagra vonatkozó a Bankszámlára vonatkozó kondíciós listában meghatározott biztosítási díj összegével. A biztosítási díj terhelésének napja (Bankszámla megterhelésének napja): minden hónap 2. vagy 3. munkanapja.**
- 6.5. A biztosítási díj a biztosítási tartam egészére fizetendő. A biztosítási díjfizetési kötelezettség annak a hónapnak a végéig terheli a Főbiztosítottat, és fizetendő, amelyben a Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik. Amennyiben a biztosított jogviszony a Főbiztosított vonatkozásában bekövetkező biztosítási esemény miatt szűnik meg, a Biztosító annak a hónapnak a végéig járó díjat követelheti, amelyben a kockázatviselés véget ért. A biztosított jogviszony megszűnésének egyéb eseteiben a biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének a végéig fizetendő.
- 6.6. Az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában a Családi Csomagra vonatkozó biztosítási díj meghatározása független az Egyéb Biztosítottak számától.
- 6.7. **A biztosítás díja változó, a Főbiztosított csatlakozásakor megállapított díj a biztosítás első naptári évére érvényes. A Biztosító és a Szerződő kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját naptári évente közös meg egyezéssel módosítsa, azaz a biztosítás díját a Biztosító és a Szerződő naptári évente egyoldalúan állapítja meg, és az így megállapított, a Főbiztosított részére előzetesen közölt biztosítási díj mindig egy-egy naptári évre vonatkozik. A további egy-egy naptári évre szóló díjainak meghatározásánál a Biztosító figyelembe veszi a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett, az előző naptári évre vonatkozó fogyasztói árindex alapján megállapított infláció mértékét és/vagy a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének változását, különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be.**
- A Szerződő amennyiben a Biztosítóval közösen megállapodtak a következő naptári évre vonatkozó biztosítási díjról, legkésőbb 60 nappal a naptári év vége előtt értesíti a Főbiztosítottat a következő naptári évre vonatkozó biztosítási díjról. A Szerződő Tartós Adathordozón értesíti a Főbiztosítottat a módosításról, valamint a módosításról tájékoztatást tesz közzé a honlapján, valamint a Bankfiókokban. A Főbiztosított jogosult arra, hogy a következő naptári évre vonatkozó új biztosítási díjat elutasítsa. A Főbiztosított ezen jogát legkésőbb 30 nappal a tárgyi naptári év vége előtt a Szerződő bankfiókjában személyesen megtett írásbeli nyilatkozattal vagy legkésőbb 30 nappal a tárgyi naptári év vége előtt postai úton megküldött a jelen Általános Biztosítási Feltételek 16.3. pontja szerinti címre beérkezett írásbeli nyilatkozattal gyakorolhatja. Amennyiben a Főbiztosított az új biztosítási díjat írásban elutasítja, akkor az egyúttal a Csoportos Biztosítási szerződésben való részvételhez adott hozzájárulásának/nyilatkozatának visszavonását is jelenti, amelynek következményeképpen a biztosítási fedezet mind a Főbiztosított, mind az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában a tárgyi naptári év végével megszűnik.**

7. Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

- 7.1. A Biztosító kockázatviselése adott Főbiztosított vonatkozásában megszűnik
- a) a Főbiztosított halálával, a halál időpontjában;
 - b) azon naptári év december 31-én (24 órakor), amelyik évben a Főbiztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6.7 pontjában meghatározott feltételek szerint a következő naptári évre vonatkozó új biztosítási díjat elutasítja;
 - c) a Főbiztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.1 és 8.2 pontjában meghatározott feltételek szerinti felmondása esetén;
 - d) a Csoportos Biztosítás bármely okból történő megszűnésével.
- 7.2. Amennyiben a Főbiztosított nem felel meg a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.3 pontja szerinti Főbiztosított feltételeknek, a Biztosító kockázatviselése adott Főbiztosított vonatkozásában megszűnik:
- a) érdekmúlás esetén azon a napon 24 órakor, mikor a Főbiztosított azon Bankszámla szerződése, amelyen keresztül a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, bármely okból megszűnik (7.4. pont);
 - b) azon naptári év december 31-én 24 órakor, amelyik évben a Főbiztosított eléri 65. életévét;

- c) ha a Főbiztosított Bankszámlájáról a rá vonatkozó, általa vállalt esedékes biztosítási díjat a Szerződő 60 napig nem tudja levonni, akkor az esedékesség időpontjára visszamenő hatállyal.
- 7.3. A Biztosító kockázatviselése a Főbiztosítotthoz kapcsolódó Egyéb Biztosítottokra vonatkozóan megszűnik:
- a) ha a Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1. pontja szerinti 7.1 és 7.2 pontban meghatározottak szerint megszűnik;
 - b) azon naptári év december 31-én 24 órakor, amelyik évben az Egyéb Biztosított eléri a jelen Általános Biztosítási Feltételek 1.4 pontjában meghatározottak szerinti életkorát, azaz gyermek esetében a 18., házastárs, bejegyzett élettárs, illetve élettárs esetében a 65. életévet;
 - c) az Egyéb Biztosított halálával, a halál időpontjában.
- 7.4. Amennyiben a Főbiztosított Bankszámla szerződése, amire tekintettel a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, megszűnik, úgy a Főbiztosított, valamint az Egyéb Biztosítottak biztosítotti jogviszonya és ezzel a Biztosítónak a Főbiztosított és az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában fennálló kockázatviselése a Bankszámla szerződés megszűnése napján 24 órakor megszűnik (érdekmlás esete).
- 7.5. **Amennyiben a díjfizetési késedelem tartama alatt (az elmaradt díj esedékességét követő 60 napon belül) biztosítási esemény következik be, a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni a biztosítási esemény bekövetkezéséig esedékessé vált összes elmaradt díjat.**

8. Felmondás

- 8.1. **Főbiztosított a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásra vonatkozó Biztosítotti Nyilatkozat megtétele után a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül személyesen a bankfiókban vagy jelen Általános Biztosítási Feltételek 16.3 pontja szerinti címre küldött írásbeli nyilatkozattal a biztosítotti hozzájáruló nyilatkozatát visszavonhatja, azaz a biztosítotti jogviszonyát indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül, azonnali hatállyal felmondhatja (a továbbiakban: Csatlakozást Követő Felmondás).** A Főbiztosított nem mondhat le az őt megillető ezen felmondási jogáról. A felmondás jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha a felmondást tartalmazó írásbeli nyilatkozatát a Főbiztosított a 30 napos határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi, vagy a bankfiókban személyesen átadja. A határidőn túl elküldött felmondás Rendes Felmondásnak minősül. A Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Szerződő a Főbiztosított által már megfizetett díjat a Főbiztosított részére a felmondás kézhezvételétől számított 30 napon belül visszafizeti a Főbiztosított Bankszámlájára. **Csatlakozást Követő Felmondás esetén a Biztosító kockázatviselése a Biztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozását követő hónap első napjának 0.00 órájára (kockázatviselés kezdete) visszamenő hatállyal szűnik meg.**
- 8.2. **A Főbiztosított a 8.1 pont szerinti 30 napos időszakot követően saját, valamint a hozzá kapcsolódó Egyéb Biztosítottak biztosítotti jogviszonyát az személyesen a bankfiókban, vagy jelen Általános Biztosítási Feltételek 16.3 pontja szerinti címre postai úton megküldve, bármikor felmondhatja (a továbbiakban: Rendes Felmondás).** A Főbiztosított Rendes Felmondása esetén a Főbiztosított és az Egyéb Biztosítottak biztosítotti jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése megszűnik annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amelyik hónapban a Főbiztosított Rendes Felmondásról szóló írásbeli nyilatkozata rögzítésre kerül.
- 8.3. A Csoportos Biztosítási Szerződést mind a Szerződő, mind a Biztosító jogosultak a folyó naptári év végére 180 napos felmondási idővel a másik félhez intézett írásbeli nyilatkozattal felmondani.
A Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnése esetén a Biztosítottak biztosítotti jogviszonya és ezzel a Biztosító kockázatviselése adott naptári év utolsó napján 24 órakor megszűnik.
A Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnése esetén a Szerződő köteles a megszűnés előtt 30 nappal tájékoztatni a Főbiztosítottakat a Csoportos Biztosítási Szerződés megszűnéséről.

9. A Biztosító teljesítése

- 9.1. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint köteles a szolgáltatás teljesítésére, amennyiben a Biztosítási Feltételek szerint a szolgáltatási kötelezettsége fennáll.
- 9.2. **A biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek a biztosítási esemény bekövetkezését követő 15 napon belül írásban kell bejelenteni a Biztosítónál, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, továbbá akkor is mentesül a Biztosító, ha a szükséges felvilágo-**

sítást nem adják meg, vagy a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

- 9.3. A Csoportos Biztosítás Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott **biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez és elbírálásához a jelen pontban felsorolt okmányok bemutatása szükséges, amelyet a Biztosító - a Szerződéssel előzetesen egyeztetve - bármikor egyoldalúan megváltoztathat, amelyről a változtatást megelőzően 30 nappal írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Főbiztosítottat** oly módon, hogy a honlapján közzéteszi. A Főbiztosított a módosításokra való tekintettel a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8.2. pontja szerinti **Rendes Felmondással élhet. A Biztosító egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthat: jogszabályi előírások módosulása, az orvostudomány fejlődése, technikai fejlődés, a Biztosító szolgáltatás iránti igény elbírálási folyamatának változása, a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.**

Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben:

- A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány.
- Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása.
- A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg.
- Kiskorú- és gondnokolt kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata, a gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata.
- A Kedvezményezett aláírásával ellátott eredeti nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám, vagy lakcím), ahová a biztosítási összeg kifizethető.
- Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti azonosító adatokat tartalmazó irat (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata vagy személyes bemutatása.
- Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lap, röntgenlelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontrolleredmények.
- Baleset, közlekedési baleset esetén: a baleset körülményeinek rövid leírása; rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata; munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata.

Halál és Baleseti halál esetén:

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

Baleseti rokkantság esetén:

- A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság szakvéleményének másolata.
- Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat (másolat).
- Teljes orvosi dokumentáció másolata.

Baleseti műtét esetén:

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

Baleseti csonttörés, csontrepedés esetén:

- A törést igazoló röntgenfelvétel lelete.

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

- 9.4. A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.
- 9.5. A külföldön bekövetkezett biztosítási esemény bejelentéséhez a Biztosító a biztosítási eseményt igazoló dokumentumok hivatalos magyar nyelvű fordítását kérheti.
- 9.6. Az előálló költségeket annak kell viselni, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti. Minden olyan adatszerzés és tudakozódás költségei, amelyek a halál okának, a Biztosított halálát okozó betegség időpontjának és lefolyásának, a halál közelebbi körülményeinek, vagy a Biztosított egészségi állapotának tisztázásához nem voltak szükségese, a Biztosítót terhelik.
- 9.7. A Biztosító a biztosítási szolgáltatási összeget valamennyi, a jelen Általános Biztosítási Feltételek 9.3. pontjában minden biztosítási esemény, továbbá az adott biztosítási esemény vonatkozásában meghatározott dokumentumok együttes megléte esetén fizeti ki, az utolsó dokumentum Biztosító székhelyére történő beérkezésétől számított 30 napon belül. A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője értékeli.
- 9.8. Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, be kell nyújtani az eljárás során keletkezett, illetve az eljárás anyagának részét képező iratokat, továbbá az eljárást befejező határozatot (különösen az eljárást megszüntető határozat, vagy a jogerős bírósági határozat). A büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghatározott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.
- 9.9. Amennyiben a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el vagy elutasíthatja.
- 9.10. A meg nem fizetett díjakat a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni.
- 9.11. A biztosítási eseményt az alábbi címen lehet bejelenteni:
NN Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság
Életbiztosítási Szolgáltatások
1068 Budapest, Dózsa György út 84/B
A Biztosító telefonszáma, melyen a biztosítási szolgáltatás iránti igény jelezhető:
1433 (NN TeleCenter)
A biztosítási esemény bejelentését a 9.2 és a 9.3 pontokban írtak szerint kell megtenni, a Biztosító csak ezt követően tudja megkezdeni a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálását.

10. Mentésülés a teljesítési kötelezettség alól

- 10.1. A Biztosító a biztosítási összeg kifizetése alól mentesül, amennyiben a Biztosított halálát a Kedvezményezett szándékosan okozta.
- 10.2. A Biztosító kockázatviselése az adott Biztosított vonatkozásában a biztosítási összeg kifizetése nélkül szűnik meg abban az esetben, ha a Biztosított
- szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben, vagy
 - a kockázatviselés kezdetétől számított két éven belül elkövetett öngyilkosság következtében hal meg.

11. Kizárások

- 11.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a Biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.
- 11.2. A kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási eseményt a Biztosított, vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.
- 11.3. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el a Különös Biztosítási Feltételek kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek vonatkozásában különösen, ha
- a baleset bekövetkeztekor igazoltan alkoholos állapotban volt, vagy kábító hatású szer hatása alatt állt, kivéve, ha a baleset igazoltan, ezen állapottól függetlenül harmadik személy magatartása miatt következett be;
 - a biztosítási esemény alkoholizmus és/vagy alkoholos befolyásoltság következtében történt;
 - kábítószer, kábító hatású anyag vagy gyógyszer hatása alatt állt, kivéve, ha ez utóbbiakat kezelőorvos előírására, az előírásnak megfelelően alkalmazták;

- d) olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy nem rendelkezett érvényes vezetői engedéllyel;**
- e) a baleset bekövetkeztekor legalább kettő közlekedésrendészeti szabályt szegett meg;**
- f) a baleset a Biztosított munkavégzése során a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be.**

A jelen Általános Biztosítási Feltételek 11.2-11.3 pontjában meghatározott rendelkezéseket a kármegelőzési és a kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

11.4. Jelen feltételek alkalmazásában:

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

11.5. **A Biztosító nem viseli a kockázatot, amennyiben a Biztosított halála extrém sporttevékenység végzése során következik be.**

Jelen feltételek alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó- és motorsportverseny és -edzés, tesztúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sportbarlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kitesurf, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílt tengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok. Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a biztosított a kijelölt turistaútról letér, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.

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

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

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

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

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

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

11.9. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:**

- **a Különös Biztosítási Feltételek 20.4 pontjában meghatározott nem térített műtétekre,**
- **ha a műtetre az Európai Unió területén kívül kerül sor,**
- **a Különös Biztosítási Feltételek 21.3 pontjában meghatározott törésekre, sérülésekre.**

11.10. A jelen pontban meghatározott, kockázatviselésből kizárt esetek bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatást nem nyújt.

12. Kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség

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

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

12.3. A kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetére a jelen Általános Biztosítási Feltételek 11.2-11.3. pontjában meghatározottak az irányadók.

13. Elévülés

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

13.2. Az elévülési idő alatt ki nem fizetett szolgáltatást a Biztosító kamatmentes letétként kezeli.

14. A panaszok bejelentése

14.1. A Biztosított, a Kedvezményezett, valamint aki a Csoportos Biztosítási szerződéshez történő csatlakozás iránt nyilatkozatot tett, továbbá a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy (a jelen pontban a továbbiakban együttesen ügyfél) esetleges szóbeli (személyesen, telefonon) vagy írásbeli (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszokkal az **NN Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálati Igazgatóságához** (cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, levelezési cím: 1364 Budapest, Pf. 247, e-mail cím: biztosito.panasz@nn.hu, telefon: 1433 (NN TeleCenter), faxszám: +36-1-267-4833) fordulhatnak. A fogyasztónak³ minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha a Biztosított a Biztosító válaszával nem ért egyet, az alábbi szervezetekhez fordulhat: a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a **Magyar Nemzeti Bank** Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjánál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet (ügyfélszolgálati cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP, Pf. 777, telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu), vagy a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a **Pénzügyi Békéltető Testület** eljárását kezdeményezheti (Székhely cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím általános ügyekben: Pénzügyi Békéltető Testület 1525 Budapest, Pf. 172, telefon: 06-80-203-776, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu, ügyfélkapun keresztül: www.magyarorszag.hu) vagy a polgári rendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A fogyasztónak nem minősülő ügyfél a panasz Biztosító általi elutasítása esetén, illetve ha az ügyfél a Biztosító válaszával nem ért egyet, panaszával a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A Biztosító panaszkezelési eljárására vonatkozó részletes szabályokat a Biztosító Panaszkezelési szabályzata tartalmazza, amely megtalálható a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu).

14.2. Telefonon történő panaszkezelés esetén a Biztosító és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a Biztosító hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt öt évig megőrzi. A Biztosító a panaszt és az arra adott választ öt évig őrzi meg, és azt a Magyar Nemzeti Banknak, mint felügyeleti hatóságnak kérésére bemutatja.

15. Adatkezelési tájékoztató

A Biztosító, biztosításközvetítő és viszontbiztosító adatkezelésének jogalapját a biztosítási tevékenységről szóló 2014. LXXXVIII. törvény (a továbbiakban Bit.) és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban Info tv.) teremti meg.

Személyes adat kizárólag meghatározott célból, jog gyakorlása és kötelezettség teljesítése érdekében kezelhető. Az adatkezelésnek minden szakaszában meg kell felelnie az adatkezelés céljának, az adatok felvételének és kezelésének tisztességesnek és törvényesnek kell lennie.

Csak olyan személyes adat kezelhető, amely az adatkezelés céljának megvalósulásához elengedhetetlen, a cél elérésére alkalmas. A személyes adat csak a cél megvalósulásához szükséges mértékben és ideig kezelhető.

³ Fogyasztó az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.

A jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejött biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatok tekintetében a Biztosító minősül adatkezelőnek.

15.1. A biztosítási titok és titoktartási kötelezettség

Biztosítási titok minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek - ideértve a károsultat is - személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító a Biztosított által bármilyen formában megadott személyes adatot – érte ezalatt az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatot is – biztosítási titokként kezeli és dolgozza fel.

A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – **titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító, a biztosításközvetítő, viszontbiztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval, biztosításközvetítővel kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.**

Biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha

- a) a Biztosító, a biztosításközvetítő, viszontbiztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve erre vonatkozóan írásban felmentést ad, vagy
- b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- c) a Biztosító vagy a viszontbiztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

15.2. Az adatkezelés jogalapja, célja és időtartama

A Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító jogosult kezelni a Biztosított, a Kedvezményezett, valamint aki a Csoportos Biztosítási szerződéshez történő csatlakozás iránt nyilatkozatot tett, továbbá a Biztosító szolgáltatására jogosult más személy (a jelen pontban a továbbiakban együttesen ügyfél) azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a Csoportos Biztosítási szerződéssel, a biztosított jogviszonnyal, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek.

A Szerződő a Főbiztosított biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag a Csoportos Biztosításból eredő kötelezettségei teljesítéshez és jogai gyakorlásához szükséges mértékben kezelheti a biztosított jogviszony fennállása alatt, és a megszűnését követően addig, amíg abból igény érvényesíthető.

A Főbiztosított a Biztosított Nyilatkozat megtételével önkéntesen, határozottan és tájékozottan kinyilvánítja hozzájárulását ahhoz, hogy a Szerződő, a Biztosító, a biztosításközvetítő a megadott személyes adatait a Csoportos Biztosítási szerződéshez való csatlakozás alapján létrejövő biztosított jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, továbbá a Biztosító a szolgáltatás teljesítésével összefüggő célból is feldolgozza, nyilvántartsa és kezelje, valamint felhasználja statisztikai célokra, amely adatokra a biztosítási titokvédelem vonatkozik.

Az adatkezelés célja csak a biztosítási jogviszony létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási jogviszonyból származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. Az itt meg nem határozott, illetve a jogszabályokban meghatározottaktól eltérő célú adatkezelés esetében a Biztosító az adatfelvétel idején, az adtakezelésre vonatkozó hozzájárulás megadása előtt ad külön tájékoztatást.

A Biztosított egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a Biztosító az előbbieken meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Fentiekől eltérő célból végzett adatkezelést a Szerződő, Biztosító, a biztosításközvetítő, a viszontbiztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás az érintett akaratának önkéntes és határozott kinyilvánítása.

A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. Az Info tv.-ben, és a Bit.-ben meghatározott esetben az adatkezelés a hozzájárulás hiányában is megvalósulhat. A Szerződő, Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Szerződő, Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Az Info tv. 6. § (5) bekezdésében foglaltak alapján, az ott meghatározott körben, a hozzájárulás visszavonását követően is jogosult a személyes adatok kezelésére.

A Szerződő, Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan ügyfelével, volt ügyfelével vagy létre nem jött jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs más törvényi jogalap.

15.3. A Biztosító titoktartási kötelezettség alóli mentesülése a Bit. alapján

A Biztosító és a biztosításközvetítő titoktartási kötelezettsége nem áll fenn a) feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal, mint Felügyelettel, b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel, c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során 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 eljárásban eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal, d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel, e) a következőkben meghatározott esetekben az adóhatósággal, f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal, g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal, h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal, i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108 § (2) bekezdésben foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel, j) a törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel, k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítóval, l) az állományát-ruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezési szerint – az átvevő biztosítóval, m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval, n) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával; p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal (a továbbiakban Hatóság), q) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal szemben, ha az a)–j) és q) pontokban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy az n)–p) pontokban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

Az adóhatósággal szemben a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, 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 biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az itt meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed. Az itt meghatározott adatok átadását a Biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben (továbbiakban: 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 és az adatkérés célját.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító, biztosításközvetítő, a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.

A Biztosító, a biztosításközvetítő, a viszontbiztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra vonatkozóan, hogy a biztosítási ügylet

- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt, a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel, illetve
- b) a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 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, bűnszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.

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

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól, valamint
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól.

Nem lehet biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó – az Info tv.-ben meghatározott – adatszolgáltatási kötelezettség esetén. A Biztosító a továbbított adatokról nyilvántartást vezet.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

A fentebb meghatározott adatok átadását a Biztosító, a biztosításközvetítő és a viszontbiztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

15.4. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

15.4.1. A Biztosító (e pont alkalmazásában megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (e pont alkalmazásában: megkeresett biztosító) az e biztosító által – Bit. 135.§ (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában.

15.4.2. A megkeresett biztosító az adatokat köteles átadni a megkereső biztosítónak.

15.4.3. A megkereső biztosító az élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés (a továbbiakban biztosítási szerződés) teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:

- a) a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett személy azonosító adatait;
- b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott életbiztosítási ágazathoz tartozó biztosítási szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

15.4.4. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

15.4.5. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.

15.4.6. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés 15.4.5 pontban meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás jogerős befejezéséig.

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

15.4.8. A megkereső biztosító az 15.4.1. bekezdésben meghatározott megkeresés, és a megkeresés tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről, a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti. Ha az ügyfél az Info tv-ben szabályozott módon az adatairól tájékoztatást kér és a megkereső biztosító – az 15.4.5-15.4.7 bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.

15.4.9. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az 15.4.1 bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.

15.4.10. A megkeresésben megjelölt adatok helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

15.4.11. A megkereső biztosító felelős az 15.4.1. bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.

15.5. Harmadik ország; másik tagállam

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító és a viszontbiztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a) ha a Biztosító ügyfele (továbbiakban adataiany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha – az adataiany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Info tv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

15.6. A személyes adatok tárolása, adatfeldolgozó igénybevétele

A személyes adatok tárolása és feldolgozása a Biztosító, mint adatkezelő székhelyén, az NN cégcsoport regionális vagy globális központjában, illetve az adatfeldolgozást végző szolgáltatók székhelyén, telephelyén történhet. A Biztosító – adminisztrációs feladatai megkönnyítése érdekében – egyes adatkezelési műveletek elvégzése céljából az Info tv-ben meghatározottak szerint az általa megbízott adatfeldolgozót vesz igénybe, továbbá a Bit.-ben meghatározottak szerint kiszervezett tevékenységet végző szervezetet vesz igénybe. Amennyiben az adatfeldolgozás az Európai Gazdasági Térségen kívüli országokban történik, úgy az érintettek személyes adatait kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulása alapján, vagy a hatályos jogszabályok által megkövetelt egyéb biztosítékoknak (szerződéseknek) megfelelően továbbítható.

Biztosító által megbízott függő biztosításközvetítők is adatfeldolgozónak minősülnek.

A Biztosító az által igénybevett adatfeldolgozók és a kiszervezett tevékenységet végzők listáját a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) teszi közzé.

15.7. Az érintett ügyfél jogai, jogorvoslati lehetőségek

Az érintett ügyfél bármikor tájékoztatását kérhet személyes adatai kezeléséről, kérheti a személyes adatainak helyesbítését, valamint személyes adatainak - a kötelező adatkezelés kivételével - törlését vagy zárolását.

Az érintett ügyfél kérelmére a Biztosító 25 napon belül tájékoztatást ad az érintett általa kezelt, illetve az általa vagy rendelkezése szerint megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékeny-

ségéről, az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá - az érintett személyes adatainak továbbítása esetén - az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről. Adatok helyesbítése illetve törlése esetén a Biztosító értesíti az érintett ügyfelet, továbbá mindazokat, akik részére az adatokat korábban adatkezelés / adatfeldolgozás céljából továbbították. Az értesítés mellőzhető, ha ez az adatkezelés céljára való tekintettel az érintett jogos érdekét nem sérti.

Az érintett ügyfél tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen,

- a) ha a személyes adatok vagy továbbítása kizárólag az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez vagy az adatkezelő, adatátvevő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve kötelező adatkezelés esetén;
- b) ha a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik; valamint
- c) törvényben meghatározott egyéb esetben.

A Biztosító a tiltakozást a kérelem benyújtásától számított legrövidebb időn belül, de legfeljebb 15 napon belül megvizsgálja, annak megalapozottsága kérdésében döntést hoz, és döntéséről a kérelmezőt írásban, vagy az érintett ügyfél hozzájárulásával elektronikus úton tájékoztatja.

Ha az érintett a Biztosító meghozott döntésével nem ért egyet, illetve ha a Biztosító az határidőt elmulasztja, az érintett - a döntés közlésétől, illetve a határidő utolsó napjától számított 30 napon belül – az Info tv. 22. §-ban meghatározott módon bírósághoz fordulhat.

Ha a Biztosító az érintett helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelmét nem teljesíti, a kérelem kézhezvételét követő 25 napon belül írásban vagy az érintett hozzájárulásával elektronikus úton közli a helyesbítés, zárolás vagy törlés iránti kérelem elutasításának ténybeli és jogi indokait. A helyesbítés, törlés vagy zárolás iránti kérelem elutasítása esetén a Biztosító tájékoztatja az érintettet a bírósági jogorvoslat, továbbá a Hatósághoz fordulás lehetőségéről. A Biztosító az érintett adatát nem törölheti, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Az adat azonban nem továbbítható az adatátvevő részére, ha az adatkezelő egyetértett a tiltakozással, vagy a bíróság a tiltakozás jogosságát megállapította. Az érintett jogaira az Info tv. 14.§, a jogok gyakorlására a 15-19.§ és a 21.§ rendelkezési vonatkoznak.

Az érintett ügyfél a jelen fejezetben meghatározottak vonatkozásában a Biztosítóhoz és annak belső adatvédelmi felelőséhez fordulhat az alábbi elérhetőségeken:

E-mail cím: adatvedelem@nn.hu;

Levelezési cím: 1364. Budapest, Pf.: 247.;

Székhely cím: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B.

Az érintett ügyfél a jogainak megsértése esetén az Info tv. 22-23.§ és az 52.§-ban meghatározottak szerint az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével, illetve a közérdekű adatok vagy a közérdekből nyilvános adatok megismeréséhez fűződő jogok gyakorlásával kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fennáll.

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetősége:

cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.;

posta cím: 1530 Budapest, Pf.: 5.;

honlap: www.naih.hu

Adatkezeléssel kapcsolatos jogait bíróság előtt is érvényesítheti.

A Biztosító székhelye szerint illetékes bíróság:

név: Fővárosi Törvényszéknél

cím: 1055 Budapest, Markó u. 27.

A per elbírálása a törvényszék hatáskörébe tartozik. A per - az érintett választása szerint - az érintett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

Adatkezeléssel kapcsolatos kérdéseivel, panaszával a Biztosító vonatkozásában közvetlenül belső adatvédelmi felelőséhez is fordulhat a fentebbi elérhetőségeken.

15.8. **A személyes adatok kezelésére vonatkozó szabályokat a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathatja, amennyiben arra jogszabály módosítás miatt szükség van. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően 30 nappal, vagy ha a jogszabály módosítás hatálybalépése ezt nem teszi lehetővé, akkor a jogszabály hatálybalépést követő 30 napon belül írásban értesíti a Szerződőt, a Szerződő pedig a Főbiztosítottat oly módon, hogy a módosításra vonatkozó figyelemfelhívást és a módosított Biztosítási Feltételt a honlapján közzéteszi.**

16. Egyéb rendelkezések

16.1. A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el székhelyére, ide nem értve a távértékesítés során megtett Biztosítotti Nyilatkozatot, és a Biztosított által a **jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben a Banknál, illetve az Alkusznál megtett egyéb nyilatkozatokat, melyeket a Bankkal, illetve az Alkusszal való közlés pillanatában a Biztosítóval is közölniük kell tekinteni.**

A Szerződő a hozzá intézett nyilatkozatokról és a Csoportos Biztosítási szerződésben bekövetkezett, Biztosítottakat érintő változásokról köteles a Főbiztosítottat tájékoztatni.

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

16.3. **Írásbeli nyilatkozatok megküldésének postai címe:** A Főbiztosítottnak a Szerződőhöz intézett írásbeli nyilatkozatait a CIB Biztosítási Alkusz Kft. (1027 Budapest, Medve utca 4-14.) címére kell megküldenie.

16.4. A Biztosító a kockázati életbiztosításra tekintettel tőke-, illetve hozamgaranciát nem vállal.

16.5. 2017. január 1-jétől hatályos adószabályok alapján a Főbiztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozásával létrejött biztosítási jogviszony esetében adómentes az élet- és balesetbiztosításból származó haláleseti és baleseti szolgáltatási összeg.

Jelen tájékoztatás a Biztosítottat, Kedvezményezettet nem mentesíti az alól, hogy a mindenkor hatályos adótörvények rendelkezéseiről a tőlük elvárható módon maguk is tájékozódjanak.

Az adózással kapcsolatos szabályok a biztosítási szerződés tartama alatt megváltozhatnak. Az adójogszabályok változásáról a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu/ado) keresztül ad tájékoztatást, írásos értesítést nem küld. A jogszabályi változásokat a Biztosított, Kedvezményezett kíséri figyelemmel.

16.6. A jelen biztosítás nem visszavásárolható és díjmentesen nem leszállítható. A biztosításra továbbá kötvénykölcsön sem nyújtható.

16.7. A Biztosító a fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentését a mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatályba lépésekor a www.nn.hu) teszi közé évente, melyre először a 2016-os évre vonatkozóan 2017-ben kerül sor.

Különös Biztosítási Feltételek

A jelen különös biztosítási feltételek (továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) vonatkoznak az NN Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, a továbbiakban: Biztosító), a CIB Bank Zrt. (1027 Budapest, Medve u 4-14., a továbbiakban: Szerződő vagy Bank) és a CIB Biztosítási Alkusz Kft. (1027 Budapest, Medve utca 4-14.) között **2017. december 20. napján** létrejött CIB Balesetőr baleseti kiegészítő biztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (továbbiakban: Csoportos Biztosítás) alapján a **2017. december 20. napján vagy azt követően a csoportos biztosítási szerződéshez csatlakozó Biztosítottak biztosítotti jogviszonyára.**

A jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

Az alapbiztosítás szolgáltatása

Kockázati életbiztosítás

17. A biztosítás szolgáltatása

17.1. Ha a Biztosított a kockázatviselés tartama alatt (bármely okból) meghal, a Biztosító 100 000 forintot fizet ki a Kedvezményezett részére, és a biztosítás az adott Biztosítottra vonatkozóan a halál időpontjával megszűnik, ide nem

értve a Főbiztosított halálát, mely esetben a Biztosító kockázatviselése az Általános Biztosítási Feltételek 7.3. a) pontja értelmében az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában is megszűnik.

17.2. Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.

Kiegészítő balesetbiztosítási szolgáltatások

Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítás

18. A biztosítás szolgáltatása

18.1. A Biztosító a Főbiztosított által a Biztosított nyilatkozatban meghatározott biztosítási csomagban meghatározott baleseti halálra szóló biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a Biztosított a biztosítás tartama alatt bekövetkező baleset következtében a baleset bekövetkezésétől számítva 1 (egy) éven belül meghal, feltéve, hogy a halál a balesettel ok-okozati összefüggésben áll. A biztosítás az adott Biztosítottra vonatkozóan a halál időpontjával megszűnik, ide nem értve a Főbiztosított halálát, mely esetben a Biztosító kockázatviselése az Általános Biztosítási Feltételek 7.3. a) pontja értelmében az Egyéb Biztosítottak vonatkozásában is megszűnik.

18.2. **Amennyiben a Biztosított ugyanazon balesetből kifolyólag már részesedett a Baleseti rokkantságra szóló biztosítás szolgáltatásában, a kifizetendő biztosítási összegből az ezen biztosításra fizetett összeget a Biztosító levonja.**

18.3. Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a haláleset bekövetkezésének időpontja.

18.4. Jelen biztosítás vonatkozásában a balesetnek és az elhalálozásnak is a biztosítási tartamon belül kell bekövetkeznie.

Baleseti rokkantságra szóló kiegészítő biztosítás

19. A biztosítás szolgáltatása

19.1. A Biztosító a Főbiztosított által a Biztosított Nyilatkozatban meghatározott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeg **alábbi táblázatban meghatározott százalékát** fizeti ki a Biztosított biztosítás tartama alatt bekövetkező balesettel ok-okozati összefüggésben álló, a baleset időpontjától számított 1 (egy) éven belül kialakult, **az alábbi táblázatban tételesen meghatározott súlyos és maradandó egészségkárosodása – melynél az adott Biztosított állapota végleges és állapotjavulás már nem várható – esetén.** A kifizetés egy balesetből kifolyóan a 100%-ot nem haladhatja meg. **A Biztosítónak kizárólag az alábbi táblázatban tételesen meghatározott súlyos és maradandó egészségkárosodása esetén keletkezhet szolgáltatási kötelezettsége.**

A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a baleset időpontjában aktuális baleseti rokkantságra szóló biztosítási összegnek az alábbi táblázatban tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodásnál a szolgáltatás alapjaként meghatározott százalékát fizeti ki a Kedvezményezettnek.

Amennyiben egy balesetből eredően a Biztosított több, az alábbi táblázatban tételesen meghatározott maradandó egészségkárosodást is elszenved, akkor a Biztosító ezek közül csak egyre nyújt szolgáltatást az ezekhez rendelt, a szolgáltatás alapját képező százalékos értékek közül a legmagasabbra.

Amennyiben a szolgáltatást követően ugyanazon balesetből kifolyólag további, a jelen pontban meghatározott baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást állapítanak meg és az ehhez tartozó az alábbi táblázatban meghatározott szolgáltatás alapját képező százalékos érték magasabb, mint ami alapján a Biztosító szolgáltatást nyújtott, a Biztosító további szolgáltatásának alapja a két százalékos érték közötti különbözet.

Maradandó egészségkárosodás leírása

A szolgáltatás alapja

1. Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
2. Az egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
3. Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	75%
4. Az egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
5. A beszédképesség teljes elvesztése	75%
6. A testfelület legalább	
– 40%-ának harmadfokú égése	100%
– 30%-ának harmadfokú égése	75%
– 20%-ának harmadfokú égése	50%

7. Kiterjedt csonthiány a koponyán		
– nagysága legalább 6 cm ²		40%
– nagysága 3-6 cm ²		20%
– nagysága kisebb, mint 3 cm ²		10%
8. Részleges állkapocs-eltávolítás az arccsont legalább felének csonkolásával		40%
9. Csigolyák törése, amely legalább 35%-ot meghaladó össz-szervezeti egészségkárosodást okoz		50%
10. Teljes és tartós bénultság nyaktól lefelé		100%
11. Mindkét felső végtag teljes működőképzetelensége vagy elvesztése		100%
12. Mindkét alkar teljes működőképzetelensége vagy elvesztése		100%
13. Mindkét kéz teljes működőképzetelensége vagy elvesztése		100%
14. Egy alsó és egy felső végtag teljes működőképzetelensége elvesztése		100%
15. Egy felső végtag teljes működőképzetelensége vagy elvesztése		50%
16. Egy alkar teljes működőképzetelensége vagy elvesztése		50%
17. Egy kéz teljes működőképzetelensége vagy elvesztése		50%
18. A vállízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		50%
	jobb	bal
	bal kezeseknél a százalékok fordítva értendők	
19. A könyökízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		
– kedvező helyzetben (15 fokban a derékszög körül)	25%	20%
– kedvezőtlen helyzetben	40%	35%
20. Medialis ideg teljes bénultsága	45%	35%
21. Radialis ideg teljes bénultsága az alkaron	30%	25%
22. Radialis ideg teljes bénultsága a kézen	20%	15%
23. Ulnaris ideg teljes bénultsága	30%	25%
24. Csuklóízület komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		
– kedvező helyzetben (egyenes szögben és lefelé fordításban)	20%	15%
– kedvezőtlen helyzetben (behajlott, illetve túlfeszített állapotban vagy felfelé fordított állapotban)	30%	25%
25. Hüvelykujj teljes elvesztése vagy komplett merevsége (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	20%	15%
26. Hüvelykujj részleges (körömperc) elvesztése	10%	10%
27. Mutatóujj teljes elvesztése	15%	10%
28. Mutatóujj két ujjpercének elvesztése	10%	10%
29. Hüvelykujj és egy másik ujj (nem a mutatóujj) elvesztése	25%	20%
30. Két ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	10%	10%
31. Három ujj (nem a hüvelykujj és a mutatóujj) együttes elvesztése	20%	15%
32. Négy ujj (hüvelykujj is) együttes elvesztése	45%	40%
33. Négy ujj (nem a hüvelykujj) együttes elvesztése	40%	35%
34. Középső ujj elvesztése	10%	10%
35. Mindkét alsó végtag teljes működőképzetelensége vagy elvesztése		100%
36. Egy alsó végtag teljes működőképzetelensége vagy elvesztése		50%
37. Egy alsó végtag részleges elvesztése		
– bokaízület alatti csonkolással		40%
– lábközépcsonti csonkolással		35%
– lábtőcsonti csonkolással		30%
38. Ischiadicus ideg (ülőideg) teljes bénultsága		30%
39. A csípőízület komplett merevsége (kétoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		100%
40. A csípőízület komplett merevsége (egyoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)		50%

41. A térdízület komplett merevsége (kétoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	100%
42. A térdízület komplett merevsége (egyoldali) (mozgásterjedelme kisebb, mint 10 fok)	50%
43. Alsó végtag megrövidülése	
– legalább 5 cm-rel	30%
– 3-5 cm-rel	20%
– 1-3 cm-rel	10%
44. Lábujjak (összes) elvesztése	25%
45. 3-4 lábujj elvesztése	
– az I. ujjat beleértve	20%
– az I. ujj kivételével	10%
46. I. lábujj elvesztése vagy teljes merevsége	10%

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

Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítás

20. A biztosítás szolgáltatása

20.1. A Biztosító a Biztosított nyilatkozatban meghatározott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Kedvezményezettnek, ha a Biztosított a biztosítás tartamán belül bekövetkezett balesetből eredő sérülés következtében a balesettől számított 1 (egy) éven belül, szakorvos által szükségesnek tartott és szakorvos által Kórházban, illetve Rendelőben elvégzett a balesettel ok-okozati összefüggésbe álló Műtétet hajtának végre.

20.2. **Nem minősül biztosítási eseménynek az a műtét,**

- amelyre a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset miatt kerül sor,
- amelyet az Európai Unió területén kívül végeznek el.

20.3. A Biztosító a térített műtétek listáját elsősorban az orvosi dokumentumokban szereplő WHO-kód alapján határozza meg. Amennyiben az orvosi dokumentumokban feltüntetett WHO-kód nem felel meg a dokumentumokban leírt orvosi beavatkozásnak, úgy a Biztosító orvosa jogosult a WHO-kódot meghatározni, figyelembe véve a

- műtét alapjául szolgáló kóros állapotot,
- a műtétről készült zárójelentést,
- az abban feltüntetett, elvégzett műtéti eljárást,
- a „műtéti leírás”-t,
- az esetlegesen készült szövettani lelet eredményét,
- a műtő intézmény- és a műtétet végző orvos műtéti

kompetenciáját.

A zárójelentésen feltüntetett műtéti kódot csak abban az esetben fogadja el a Biztosító, ha az a fentiek alapján orvos-szakmai szempontból indokolt, a műtét megtörténte pedig kétséget kizáróan igazolt.

20.4. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbi esetekre (a továbbiakban nem térített műtétek listája):**

- a bőr, a bőr függelékeinek a bőr alatti szövetek és a köröm sérülésének ellátása
- implantált anyagok eltávolítása
- non-invasív (testbe való behatolás nélküli) repositio (helyreállítás)
- csonttörés gipszsel való rögzítése
- tükrözéssel járó (endoscopos, laparoscopos, arthroscopos és bronchoscopos) beavatkozások
- fogászati beavatkozások
- egyéb non-invasív (testbe való behatolás nélküli) ellátások
- diagnosztikus célú beavatkozások

20.5. **A Biztosító fenntartja a jogot arra, hogy a Különös Biztosítási Feltételek 20.4 pontjában meghatározott nem térített műtétek listáját évente felülvizsgálja és egyoldalúan, indokolási kötelezettség nélkül – a Szerződéssel előzetesen egyeztetve – bővítsé vagy szűkítse a kockázatközösség védelme esetén, továbbá azért, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechika és az orvostudomány fejlődésével.** Minden módosítás alkalmával,

legalább 30 nappal a módosítás előtt, a Biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt, a Szerződő pedig a Főbiztosítottat a változások tényéről oly módon, hogy a **Szerződő a nem térített műtétek 20.4 pontban meghatározottak szerinti listáját a módosított Biztosítási Feltételekben a honlapján közzéteszi.** A Főbiztosított a módosításokra való tekintettel az Általános Biztosítási Feltételek 8.2 pontja szerinti **felmondással élhet.**

- 20.6. **Ugyanazon baleset miatt szükségessé váló, azonos vagy eltérő időpontban elvégzett műtétek esetén a Biztosító csak egyszer teljesít szolgáltatást** – függetlenül attól, hogy a több műtétet mi tette szükségessé (például szövőd-mény fellépése, az előző műtét sikertelensége stb.).
- 20.7. **Az egy biztosítási éven belül teljesített kifizetések az adott Biztosított személyre vonatkozóan nem haladhatják meg a biztosítási összeg kétszeresét.**
- 20.8. Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosító által térített műtét elvégzésének napja.
- 20.9. Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a balesetnek és a műtétnek is a biztosítási tartamon belül kell bekövetkeznie.

Baleseti csonttörésre, csontrepedésre szóló biztosítás

21. A biztosítás szolgáltatása

- 21.1. A Biztosító Biztosított Nyilatkozatban meghatározott biztosítási csomagban meghatározott biztosítási összeget fizeti ki a Biztosított baleseti eredetű csonttörése, csontrepedése esetén, feltéve, hogy adott Biztosítottat ért balesettel ok-okozati összefüggésben áll és a baleset a biztosítási tartam alatt következett be.
- 21.2. **Nem minősül biztosítási eseménynek az a csonttörés vagy csontrepedés, amely az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt baleset miatt következik be.**
- 21.3. **A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a következő esetekre:**
- fogtörés, fogrepedés, illetve a fogak és fogpótlások sérülése,
 - patológiás törés.
- 21.4. Egyetlen baleset miatt bekövetkezett csonttörés, csontrepedés esetén a Biztosító **a törések számától függetlenül egyszeri – a biztosítási összeggel megegyező – kifizetést teljesít.**
- 21.5. Jelen biztosítás esetén a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosító által térített csonttörés, csontrepedés diagnosztizálásnak időpontja.
- 21.6. Jelen biztosítás vonatkozásában a balesetnek és a csonttörésnek, csontrepedésnek is a biztosítási tartamon belül kell bekövetkeznie.

22. A választható élet-és balesetbiztosítási csomagok és a csomagokhoz kapcsolódó biztosítási összegek

	CIB Balesetőr Családi	CIB Balesetőr Plusz Családi Plusz
Baleseti halál	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti rokkantság (a maradandó egészségkárosodás és a hozzá rendelt térítés fokától függően maximum)	5 000 000 Ft	10 000 000 Ft
Baleseti műtéti térítés	50 000 Ft	100 000 Ft
Baleseti csonttörés, csontrepedés	5 000 Ft	10 000 Ft
Bármely okú halál	100 000 Ft	100 000 Ft

- 22.1. Családi Csomag esetén a választott biztosítási csomag a Főbiztosított mellett a vele együtt biztosítottá váló Egyéb Biztosítottakra is személyenként érvényes.

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

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

- 23.1. A Biztosítási Feltételek bevezető része alapján **a felek kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot**, amelynek alkalmazásában a szerződés alanyai, azaz a Szerződő, a Biztosított, a Biztosító, és az Alkusz a korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a biztosított jogviszony részévé.
- 23.2. Az Általános Biztosítási Feltételek 1.5. pontjában meghatározottak szerint a **Főbiztosított a Bank mint Szerződő kifejezett hozzájárulása nélkül a Biztosított Nyilatkozatban jelölhet halála esetére Kedvezményezettet, illetve a Kedvezményezett kijelölést bármikor visszavonhatja, vagy a kijelölt Kedvezményezett helyett más Kedvezményezettet nevezhet meg a biztosítási esemény bekövetkezéséig (Kedvezményezett-jelölő nyilatkozat).**
- 23.3. Az Általános Biztosítási Feltételek **2.2 pontjában meghatározott fogalmak** a jelen Biztosítási Feltételek alapján létrejövő biztosítási jogviszonyok vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályokban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.
- 23.4. A jelen Biztosítási Feltételek 3.1. pontja alapján **a biztosítási időszak egy naptári év.**
- 23.5. Az Általános Biztosítási Feltételek 3.2. pontja alapján **a Biztosított a Csoportos Biztosítási szerződésbe nem jogosult szerződként belépni.**
- 23.6. Az Általános Biztosítási Feltételek 4.4. és 4.5. pontja alapján **a Szerződő jogosult az az Általános Biztosítási Feltételek 1. pontja szerinti Főbiztosítottra vonatkozó feltételeket, az ismérvek fennállását, valamint a megadott adatok helyességét a Biztosított Nyilatkozat megtétele után megvizsgálni. A Szerződő a vizsgálat eredményétől függően a Főbiztosított által a fentiek szerint megtett Biztosított Nyilatkozat elfogadásáról vagy el nem fogadásáról annak megtételétől számított 5 (öt) munkanapon belül a Főbiztosítottat e-mail címére küldött levélben tájékoztatja.**
- 23.7. Az Általános Biztosítási Feltételek 5. pontja alapján **a Biztosító kockázatviselése a Biztosított Biztosított Nyilatkozatának megtételét követő hónap első napjának 0.00 órától kezdődik, feltéve, hogy a Szerződő a Főbiztosított csatlakozási szándékát 4.5. pont szerint elfogadta.**
- 23.8. Az Általános Biztosítási Feltételek 6. pontjában meghatározott, **Főbiztosított által a Szerződő részére történő biztosítási díj megfizetésére vonatkozó szabályok:**
- **A Bank, mint szerződő a biztosítási díjat továbbhárítja Főbiztosítottra, melyet a Főbiztosított csatlakozáskor kifejezetten elfogad.**
 - **A Főbiztosított által fizetendő első biztosítási díj annak a hónapnak az 1. napján esedékes, amelyben a Biztosító kockázatviselése megkezdődik, a további biztosítási díjak pedig az ezt követő naptári hónapok 1. napján esedékesek, melyeket a Szerződő mindaddig levon a bankszámláról, amíg a Biztosító kockázatviselése a Főbiztosított és az adott Egyéb Biztosítottak vonatkozásában az Általános Biztosítási Feltételek 7. pontja szerint meg nem szűnik.**
 - **A Főbiztosított által az áthárított biztosítási díj Szerződő részére történő megfizetése oly módon történik, hogy a Szerződő havonta megterheli a Főbiztosított Szerződőnél vezetett Bankszámláját a Főbiztosított által választott a Különös Biztosítási Feltételek 22. pont szerinti biztosítási fedezetre és csomagra vonatkozó biztosítási díj összegével. A biztosítási díj terhelésének napja (Bankszámla megterhelésének napja): minden hónap 2. vagy 3. munkanapja.**
 - **A biztosítási díjfizetési kötelezettség annak a hónapnak a végéig terheli a Főbiztosítottat, amelyben a Főbiztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnik.**
- 23.9. Az Általános Biztosítási Feltételek 7.4 pontjában meghatározottak szerint szűnik meg a Biztosító kockázatviselése **érdekmulás** esetén.
- 23.10. Az Általános Biztosítási Feltételek 8.1. és 8.2 pontja alapján a **Főbiztosított a saját, valamint a hozzá kapcsolódó Egyéb Biztosítottak biztosítási jogviszonyát személyesen vagy írásbeli nyilatkozattal bármikor felmondhatja (Csatlakozást Követő Felmondás és Rendes Felmondás).**
- 23.11. A jelen Biztosítási Feltételek 7.5. pontja alapján amennyiben a **díjfizetési késedelem tartama alatt (az elmaradt díj esedékességét követő 60 napon belül) biztosítási esemény következik be, a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás összegéből levonni a biztosítási esemény bekövetkezéséig esedékessé vált összes elmaradt díjat.**
- 23.12. Az Általános Biztosítási Feltételek 11. pontjában a **kockázatkizárások köre bővült.**
- 23.13. Az Általános Biztosítási Feltételek 11.2 -11.3 pontjai alapján a **kiegészítő balesetbiztosítási fedezetek esetében nem mentesülési ok, hanem kizárt kockázatnak minősül, amennyiben a biztosítási eseményt a Biztosított, vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással okozta.**

- 23.14. Az Általános Biztosítási Feltételek 13.1. pontja alapján **a biztosítási jogviszonyból eredő igények az esedékességüktől számított két év alatt elévülnek.**
- 23.15. Az Általános Biztosítási Feltételek 16.1 pontja alapján a Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben a Banknál megtett egyéb nyilatkozatokat a **Bankkal, illetve az Alkusszal való közlés pillanatában a Biztosítóval is közölni kell tekinteni.**
- 23.16. A jelen Biztosítási Feltételek 16.2 pontja alapján a Biztosító által a Banknak, a Biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak a Biztosító által ismert utolsó címére levélben elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették.

Budapest, 2017. december 20.